



**Prevenção e controlo da Malária: conhecimentos,
atitudes e comportamentos da população adulta de
Luanda, Angola**

Cláudia Vumbi

XVII Curso de Mestrado em Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Luís Graça

Lisboa, 16 de Dezembro de 2016

Dissertação de Mestrado realizada para obtenção do grau de mestre em Saúde Pública, orientada pelo Professor Doutor Luís Graça e apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, ao abrigo dos artigos 11º e 16º do decreto – Lei nº 2162, de 13 de outubro.

Pensamento

"Inicialmente, quando a religião era forte e a ciência fraca, os homens trocavam magia por medicina; agora, quando a ciência é forte e a magia fraca, os homens trocam a medicina pela magia"

Thomas Szasz

Dedicatória

Dedico esta dissertação aos meus pais, Domingos Vumbi e Feliciano Jacinto, que tudo fizeram para que eu adquirisse competências capazes de me proporcionarem uma vida de procura de saber e de desenvolvimento pessoal.

Dedico aos meus irmãos pela camaradagem, à minha irmã Essa Vumbi, responsável pela oportunidade que tive de continuar a minha formação, a ela o meu muito obrigada.

Dedico a toda a família, amigos, colegas e a todos os que de algum modo contribuíram para a conclusão desta fase da minha vida.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pela oportunidade e força de me fazer acreditar e vencer os obstáculos que tive durante essa caminhada e o meu muito obrigada por começar e terminar com êxitos e satisfação.

Agradeço ao meu orientador, professor Luís Graça, pelo facto de ter aceite orientar este trabalho; pelo contributo na definição dos objetivos e na elaboração de investigação e na elaboração do projeto de dissertação; pela paciência, dedicação e sabedoria, com a qual me conduziu na elaboração dos trabalhos e pelo sentido critico na orientação.

Agradeço a todos os professores e funcionários da Escola Nacional de Saúde Pública a paciência, a atenção e a consideração que comigo manifestaram.

Agradeço a minha família pelo apoio, motivação, entusiasmo, e compreensão que sempre manifestaram para com a minha formação escolar.

Para terminar agradeço, em especial a minha irmã Essa Jacinto Vumbi que muito fez em prol da minha formação

A todos o meu muito obrigado.

Abreviaturas / Siglas

ACT – Terapêutica combinada com artemisinina

EV – Endovenoso

IIMA – Inquérito de indicadores de Malária em Angola

MTI - Redes impregnadas com inseticida

OBP – *Odorant Binding Proteins* (proteínas de ligação olfativa)

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG - Organizações não-governamentais

PIB – Produto interno bruto

TIP- Tratamento intermitente preventivo

RDT - Teste de diagnóstico rápido

SNC – Sistema nervoso central

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

WHO- *World Health Organization*

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV/SIDA)

Índice de Figuras

Figura 1 – Regiões de maior índice da Malária

Figura 2 – Ciclo de vida do mosquito *Anopheles*

Figura 3 - O ciclo biológico do *Plasmodium*

Figura 4 - Zonas de transmissão da Malária.

Índice de Quadros

Quadro 1 - Local da realização da entrevista (n=360)

Quadro 2 - Pode-me dizer se sabe ler ou escrever? (Q23) (n=367)

Quadro 3 - Sexo. (Q28) (n=357)

Quadro 4 - Exerceu nessas duas ultimas semanas alguma atividade remunerada? (Q29) (n=350)

Quadro 5 - Morreu alguém, em sua casa por Malária (Q02) (n=366).

Quadro 6 - Adoeceu alguma vez com Malária (Q03) (n=366)

Quadro 7 - Já ouviu alguma vez algum aviso sobre a Malária (Q03) (n=366)

Quadro 8- Pode-se prevenir a Malária (Q09) (n=360)

Quadro 9-A Malária é uma doença que pode ser tratada? (Q11) (n= 358)

Quadro 10- A casa foi desinfestada nos últimos 12 meses? (Q14) (n=344).

Quadro 11 - Tem utilizado os mosquiteiros para todos da família ou para alguns (Q16) (n=358)

Quadro 12 – Os seus mosquiteiros foram comprados ou oferecidos? (Q18) (n=244)

Quadro 13- Os seus mosquiteiros foram impregnados com inseticida (Q21) (n=167)

Quadro 14 - Nº de respondentes que ouviram as mensagens sobre A Malária por escolaridade (n=334)

Quadro 15 - Nº de respondentes que já tiveram a Malária, por nível de escolaridade (n=337)

Quadro 16 - Idade dos Inquiridos por Local de realização da Entrevista(n=360)

Quadro 17 – Sexo dos Inquiridos por Local de realização da Entrevista (n=347)

Quadro 18 - Habilitações dos Inquiridos por Local de realização da Entrevista (n=334)

Quadro 19 – População Ativa por Local de realização da Entrevista (n=340)

Quadro 20 - Comportamentos adotados e comportamentos desvalorizados

Quadro 21 - [Usar mosquiteiro] Quais as formas de prevenir a Malária que conheces? * A sua casa tem mosquiteiros? Para todos os elementos da família ou só para alguns?

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Até que nível de escolaridade frequentou (ensino base, secundário, superior) (Q24) (n= 341)

Gráfico 2 - Com quem vive em sua casa? (Q25) (n=370)

Gráfico 3 - Não teve nenhuma atividade remunerada porque? (Q30) (n=112)

Gráfico 4 - Quais são as pessoas mais vulneráveis de apanhar Malária em Luanda. (Q06) (n=370)

Gráfico 5 - Que sinais mostra uma pessoa que tenha Malária (Q07) (n=370).

Gráfico 6 - No seu entender como pode saber o que causa a Malária? (Q08) (n=370)

Gráfico 7 -Onde viu ou ouviu esses avisos (Q04)

Gráfico 8 - Quais mensagens viu ou ouviu falar. (Q05) (n=370)

Gráfico 9 - Quais as formas de prevenir a Malária que conheces? (Q10)

Gráfico 10- Que medidas são adotadas quando se sente mal. (Q12) (n=348)

Gráfico 11 - No caso de uma pessoa apanhar a Malária, que medicamentos são administrados para tratar a doença? (Q13)

Gráfico 12 - Por quem foi feito a pulverização em casa? (Q15) (n= 49)

Gráfico 13- Por quem é utilizado o mosquiteiro? (Q17) (n=370)

Gráfico 14- Por quem é que foram oferecidos os mosquiteiros? (Q19) (n=370)

Gráfico 15- O mosquiteiro que usa quanto custou? (Q 20) (n= 167)

Gráfico 16- Na sua família porque é que nem todos utilizam o mosquiteiro? (Q22) (n=370)

Índice Geral

Capítulo I – Introdução	1
1.1. Justificação do Tema	1
1.2. Definição do problema	4
1.3. Objetivos gerais e específicos	5
Capítulo II – Enquadramento teórico	7
1. Fisiopatologia da Malária... ..	7
1.1. Os agentes etiológicos e os vetores	7
1.2. O ciclo biológico do <i>Plasmodium</i> em humanos	9
1.3. Quadro clínico da Malária	10
1.3.1. Sintomas	10
1.3.2. Diagnóstico	11
1.3.3. Tratamento	12
2. A Malária como problema de saúde pública	14
2.1. Epidemiologia da Malária... ..	14
2.2. Medidas de prevenção e controlo	15
2.2.1. Uso do mosquiteiro	16
2.2.2. Pulverização intradomiciliária	16
2.2.3. Prevenção Paludismo na gravidez e em crianças menores de cinco anos....	17
2.2.4. Outras medidas	17
2.3. Conhecimentos, atitudes e comportamentos face a Malária.....	18
2.4. Novas descobertas sobre a Malária	18
Capítulo III – Metodologia	21
1. Problemática	21
2. Construção do Modelo de Análise	22
3. Desenho da Investigação	22
4. Construção do Questionário	22
5. População e amostra	23

6. Tratamento de dados	24
7. Trabalho de campo	24
 Capítulo IV – Apresentação de Resultados	25
1. Caracterização da população de Luanda	25
2. Caracterização da Amostra	26
3. Conhecimentos das causas e sintomas Da Malária.....	31
4. Atitudes e comportamentos perante a Malária	33
 Capítulo V - Discussão de resultados	43
1. Resposta aos objetivos de investigação	46
1.1. Comparar os resultados em cada local de aplicação dos inquéritos	46
1.2. Comportamentos adotados/desvalorizados pela população para prevenção da doença.....	49
 Capítulo VI - Conclusões e recomendações	53
 Bibliografia	54
 Anexos	
Inquérito	

Resumo

A malária é uma doença endémica que ocorre nas regiões tropicais e em algumas regiões subtropicais. Em Angola a Malária existe em todo o país e representa a primeira causa de morte e absentismo laboral e escolar. As principais vítimas são as crianças com menos de cinco anos e as mulheres grávidas. Apesar dos esforços para o controlo da Malária, em certas regiões continua altamente endémica, o que leva a pensar nos fatores socioculturais como influenciadores do comportamento das comunidades diante da doença, mostrando a importância de novos estudos que permitam planejar novas estratégias de controlo da doença com enfoque nas comunidades (Suarez-Mutiz, 2011).

O estudo pretende descrever e analisar os conhecimentos, atitudes e comportamentos manifestados por indivíduos adultos, no que diz respeito à prevenção e controlo da Malária, em Luanda, Angola. O Estudo seguiu uma abordagem quantitativa de metodologia transversal, observacional, descritivo e analítico, porque os dados foram recolhidos num único momento, nas salas de espera das consultas externas ou de urgência de quatro Hospitais em Luanda. Os dados foram recolhidos através da aplicação de um inquérito por questionário (Anexo A).

Perante os resultados da presente investigação pode-se concluir que as pessoas inquiridas estão minimamente informadas sobre as características da doença, vias de transmissão e formas de prevenção. No entanto, ainda coexistem com boas práticas, algumas ideias erradas que em nada contribuem para a erradicação da doença.

Palavras chave: Malária, prevenção e controlo, Luanda

Abstract

The Malária is an endémic disease that occurs in tropical and some subtropical regions. In Angola Malária exists throughout the country and is the leading cause of death and work and school absenteeism. The main victims are children under five years and pregnant women. Despite efforts to control malária in certain regions remains highly endémic, which leads to think of sociocultural factors as influencing the behavior of communities in the face of disease, showing the importance of new studies to plan new disease control strategies focus on communities (Suarez-Mutiz, 2011).

The study aims to describe and analyze the knowledge, attitudes and behaviors manifested by adults, as regards the prevention and control of malária in Luanda, Angola. The study followed a quantitative approach to cross methodology, because the data were collected in a single moment, in the waiting rooms of outpatient or emergency four hospitals in Luanda. Data were collected using a questionnaire survey.

Given the results of this research can be concluded that the respondents are the least informed about the characteristics of the disease, modes of transmission and prevention. However, still coexist with good practices, some misconceptions that contribute nothing to the eradication of the disease.

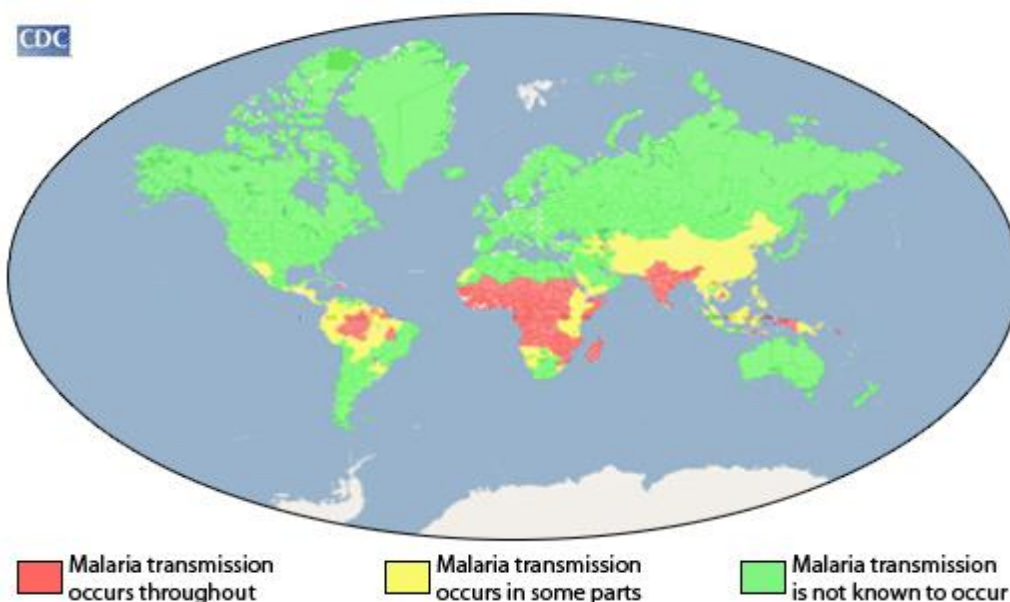
Keywords: Malária, prevention and control, Luanda

Capítulo I – Introdução

1.1. Justificação do Tema

A malária é uma doença endémica que ocorre nas regiões tropicais e em algumas regiões subtropicais. É mais frequente nas regiões localizadas entre os trópicos de Câncer e Capricórnio ocorrendo em mais de cem países, o que coloca mais de 40% das pessoas do mundo em risco de contraírem a Malária. As zonas de risco da Malária (Figura 1) são a América Central, América do Sul, Haiti e República Dominicana, África, Médio Oriente, Índia e Sudeste Asiático. (ADPP Angola, 2012).

Figura 1 – Regiões de maior risco de transmissão da malária



Fonte: CDC, 2016

Milhares de pessoas morrem de Malária todos os anos, ocorrendo a maioria dessas mortes na África Subsaariana, das quais 70% são crianças com menos de cinco anos. Em 2002, a Malária foi a quarta causa de morte em crianças nos países em desenvolvimento, após as mortes perinatais, infeções respiratórias altas e as doenças diarreicas (ADPP, 2015).

Segundo a WHO (2015a) o número de casos de Malária caiu de um valor estimado em 2000 em cerca de 262 milhões, para 214 milhões em 2015, o que corresponde a uma diminuição de 18%. A maioria dos casos (88%) ocorreram na região africana, seguidos pelo sudoeste asiático (10%) e pela região do mediterrâneo oriental. O número de mortes também caiu de 839000 estimados em 2000 para 438000 estimados para o ano de 2015, o que corresponde a um declínio de 48%. No que se refere ao número de mortes em crianças com menos de 5 anos, também se verificou um declínio, embora em 2015 a Malária continue a ser a quarta causa de morte infantil na África Subsariana (10%). Calcula-se que entre 2001 e 2015 tenham ocorrido 1,2 bilhões de casos de Paludismo e 6,2 milhões de mortes, mantendo-se a taxa de mortalidade inalterada desde 2000. Segundo Siqueira-Batista et al. (2012) a letalidade da doença é superior a 50% apesar dos novos fármacos, de novas formas de prognóstico, e de métodos que detetam precocemente as complicações da infecção.

Um cada vez maior número de países, conseguiu eliminar o Paludismo, tendo reportado a ausência de casos. O financiamento global para o controlo da Malária tem vindo a aumentar, sendo 82% dos fundos canalizados diretamente para a região africana, apoiando a compra de redes mosquiteiras tratadas com inseticida, de testes de diagnóstico rápido, de inseticidas e equipamentos para pulverizar as paredes interiores das casas. No entanto, milhões de pessoas ainda não recebem o apoio de que necessitam. Na África Subsariana, 269 milhões de pessoas dos 840 milhões em risco de contraírem a doença em 2014, viviam sem redes mosquiteiras, assim como não chegam a quase metade das grávidas em risco os medicamentos necessários. Nos países com maior número de casos de Paludismo existem graves deficiências nos sistemas de saúde, o que limita e condiciona as intervenções internacionais para controlo da doença. O financiamento é na sua maioria gasto em equipamentos, não se atendendo às debilidades dos sistemas de saúde. A Malária concentra-se nos países com menores rendimentos, sendo muito grande o peso que o tratamento da Malária tem nos serviços de saúde desses países, constituindo um grave problema de saúde pública (WHO, 2015a).

Nos países ocidentais, onde a Malária não é uma doença endémica, estão a aumentar os casos, trazido por pessoas que imigram das regiões mais afetadas pela doença e também pelo turismo crescente nas regiões tropicais e subtropicais (Germano, Mendonça e Murinello, 2005).

Em Angola a Malária existe em todo o país e representa a primeira causa de morte e absentismo laboral e escolar. As principais vítimas são as crianças com menos de cinco anos e as mulheres grávidas. O Instituto Nacional de Estatística de Angola estima a população de Angola em 2014 em 24 383 301 pessoas, estando toda a população em risco de contrair a Malária. Em 2012 foram reportados no país 3 026 125 casos de Malária, com 5 736 mortes. (Cosep Consultoria, Consaúde e ICF Macro, 2011). “A Malária representa cerca de 35% da demanda de cuidados curativos, 20% de internamentos hospitalares, 40% de mortes perinatais, e 25% de mortalidade materna. A Malária tem, não só um impacto negativo sobre a saúde das populações, como também sobre o desenvolvimento social estas tornando-as mais pobres” (Cosep Consultoria, Consaúde e ICF Macro, 2011:2). A Malária é endémica em todas as províncias do país, embora a transmissão seja mais elevada no norte do país, registando-se um aumento de transmissão durante a estação das chuvas (Cosep Consultoria, Consaúde e ICF Macro 2011).

Os avanços no tratamento, na profilaxia e no controlo da Malária têm sido bastante expressivos, no entanto, ainda são insuficientes para que a doença deixe de ser a parasitose com maior impacto em todo o mundo (Siqueira-Batista. 2012). Vários estudos têm vindo a ser feitos sobre o comportamento e grau de conhecimento da população em relação à doença, sendo evidente que, apesar de ter acesso ao mosquiteiro, grande parte da população não o usa (Chipa, 2012; Almeida et al, 2013) e aqueles que recorrerem aos centros de saúde, quando doentes, não completam a terapêutica, parando de tomar os medicamentos logo que os sintomas melhoram (Almeida, 2013).

Apesar dos esforços para o controlo da Malária, em certas regiões continua altamente endémica, o que leva a pensar nos fatores socioculturais como influenciadores do comportamento das comunidades diante da doença, mostrando a importância de novos estudos que permitam planear novas estratégias de controlo da doença com enfoque nas comunidades (Suarez-Mutiz, 2011).

Embora tenha havido um aumento acentuado no financiamento para o controlo da Malária, bem como melhorias acentuadas, os objetivos delineados ainda permanecem por atingir em muitos países.

Existem grandes limitações na gestão dos programas de controlo do Paludismo, “em particular, a capacidade de vigilância e monitorização entomológica que é ainda rudimentar

em muitos países endémicos” (Williams e Pinto, 2012: 1), devido à falta de quadros qualificados. Os autores defendem que as intervenções de controlo de vetores devem ser feitas através da participação das comunidades, visando a proteção pessoal e familiar, até porque os “métodos destinados a reduzir o contato humano-vetor implicam muitas vezes uma mudança nos hábitos” (Williams e Pinto, 2012: 1) da população, exigindo a realização de programas educacionais com foco “no uso correto de mosquiteiros e outras medidas de proteção individual, no saneamento e sobre a necessidade de terapêutica correta” (Williams e Pinto, 2012:9).

1.2. Definição do problema

A Malária é uma doença grave que, sem tratamento, pode conduzir à morte . A prevenção e controlo da malária exige a adoção por parte da população de comportamentos que visem o controlo dos mosquitos responsáveis pela transmissão da doença e por parte dos organismos de saúde publica da disponibilidade de testes de diagnóstico para todos os casos de suspeita de malária, e disponibilidade de medicamentos para tratamento de doentes e para tratamento preventivo dos grupos mais vulneráveis da população (grávidas e crianças).

Este estudo pretende identificar, descrever e analisar os fatores que contribuem para a adesão e não adesão das populações aos tratamentos e aos comportamentos relacionados com a prevenção e controlo da doença, tais como a utilização da rede mosquiteira, da limpeza do ambiente interior e exterior das habitações e fumigação das casas. O controlo eficaz da doença passa por investimentos em educação em saúde e preparação dos profissionais de saúde para lidarem com as populações em risco de contraírem a Malária, com vista à alteração de comportamentos e atitudes através da compreensão do fenómeno da não adesão aos comportamentos promotores da prevenção e controlo.

1.3. Objetivos gerais e específicos

O estudo pretende descrever e analisar os conhecimentos, atitudes e comportamentos manifestados por indivíduos adultos, no que diz respeito à prevenção e controlo da Malária, em Luanda, Angola.

Os objetivos gerais para este estudo é:

- 1) conhecer o que as pessoas sabem acerca desta doença;
- 2) determinar quais as atitudes e comportamentos favoráveis e desfavoráveis à prevenção e controlo da doença.

Os objetivos específicos são:

- 1) saber quais os comportamentos mais frequentemente adotados pelas populações para a prevenção e controlo da doença;
- 2) identificar quais os conhecimentos, comportamentos e atitudes importantes para a prevenção da doença e que tendem a ser desvalorizados como forma de controlo;
- 3) comparar os resultados obtidos nos quatro locais de aplicação dos questionários como forma de avaliar se as condições socioeconómicas dos inquiridos influenciam as atitudes e comportamentos no que diz respeito à prevenção e controlo contra a doença.

Capítulo II – Enquadramento teórico

1. Fisiopatologia do Paludismo

A Malária é causada por parasitas do género *Plasmodium*, que são transmitidos através das picadas do mosquito *Anopheles* fêmea. Existem cinco espécies de *Plasmodium* que infetam a espécie humana. *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium maláriae*, *Plasmodium ovale* e *Plasmodium knowlesi* (Williams e Pinto, 2012). A espécie *Plasmodium Knowlesi*, que é conhecida por infetar macacos tornou-se endémica em humanos no Sudoeste asiático (Cox-Singh and Singh, 2008, citados por Bannister e Sherman, 2009). Os casos de Malária grave, de que resulta a morte, são causados na sua maioria pelo *Plasmodium falciparum*, embora sejam cada vez mais frequentes casos de grande gravidade provocados por *Plasmodium vivax* (Gomes et al, 2011). Existem centenas de espécies de mosquitos *Anopheles*, mas só 80 transmitem a Malária, sendo 15 as espécies consideradas os vetores principais da Malária.

1.1. Os agentes etiológicos e os vetores

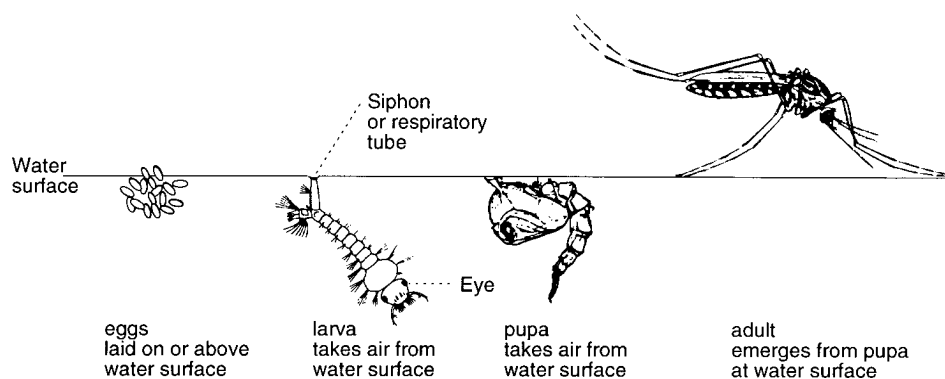
O parasita do género *Plasmodium* é um protozoário que invade e se multiplica nos eritrócitos dos vertebrados e que é transmitido pela picada das fêmeas dos mosquitos, infetando mamíferos, pássaros e lagartos. Os mamíferos são infetados pela espécie de mosquito *Anopheles*, enquanto que os pássaros e lagartos são infetados pela espécie *Culex*. A Malária pode ocorrer em antílopes, lémures, morcegos, roedores e primatas (incluindo o homem), não existindo nos felinos, canídeos, equídeos ou bovinos, por razões que não se conhecem (Bannister e Sherman, 2009).

Existem centenas de espécies de mosquito do género *Anopheles* que podem ser facilmente diferenciados de outros grupos semelhantes por terem duas asas e escamas ao longo das nervuras das asas e uma franja de escamas, bem evidente, ao longo da borda posterior das asas (Rey, 2001).

Os mosquitos *Anopheles* machos alimentam-se de seivas vegetais e só as fêmeas transmitem a doença, ao alimentarem-se de sangue de pessoas já infetadas. O parasita multiplica-se dentro do mosquito, atingindo as glândulas salivares, podendo então ser transmitido a outra pessoa sempre que o mosquito se alimente (Williams e Pinto, 2012).

Para desenvolverem o seu ciclo de vida os mosquitos necessitam de água doce, onde as fêmeas poem os seus ovos. Qualquer lugar onde exista água pode servir para o desenvolvimento das larvas do mosquito (lagos, lagoas, charcos, fossas, esgotos, margens dos rios, barragens, valas de irrigação, pântanos e até mesmo latas, pneus abandonados onde se acumula água, etc.). A fêmea após a fecundação põe os seus ovos, donde nascem as larvas, que se transformam em pupas, que darão origem a mosquitos adultos (ADPP Angola, 2012). Segundo Rozendaal (1997) os mosquitos têm um ciclo de vida (Figura 2) que decorre em quatro fases: ovo, larva (que passa por quatro estádios larvares), pupa e adulto, distribuídas por duas etapas de desenvolvimento: uma etapa aquática, que compreende as fases do ovo, larva e pupa, e uma etapa terrestre, que corresponde à vida adulta do mosquito.

Figura 2 – Ciclo de vida do mosquito *Anopheles*



Fonte: Rozendaal, 1997

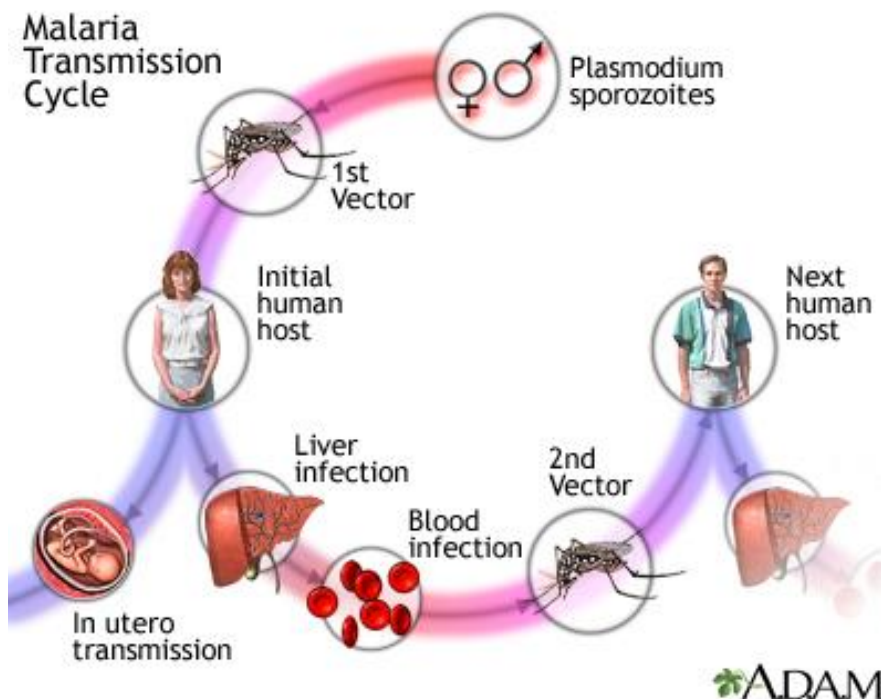
Os ovos, alongados com cerca de 1 mm de comprimento, são depositados na superfície da água e boiam até à eclosão que ocorre em 2 a 3 dias. As larvas boiam horizontalmente à superfície e alimentam-se de pequenas partículas orgânicas. A duração completa do desenvolvimento do ovo até adulto é de 11 a 13 dias.

A maior atividade do mosquito ocorre desde o anoitecer até ao amanhecer (ADPP Angola, 2012; Rozendaal, 1997). Os mosquitos *Anopheles* entram nas casas para se alimentarem, após o que permanecem em repouso durante o tempo necessário para digerirem o alimento (sangue) e produzirem ovos, podendo fazê-lo dentro das casas ou em locais fora das casas protegidos, como seja a vegetação, nas rochas ou fendas de árvores e paredes, no solo ou em cavernas. Logo que os ovos estejam completamente desenvolvidos, as fêmeas procuram um habitat de reprodução adequado (Rozendaal, 1997).

1.2. O ciclo biológico da Malária em humanos

O parasita transmitido pelo mosquito *Anopheles* é do género *Plasmodium*, sendo o ciclo de vida das suas diferentes espécies muito semelhante. O seu ciclo de vida inclui uma fase sexuada exógena com a multiplicação dos parasitas nos mosquitos do género *Anopheles* e uma fase assexuada endógena com a multiplicação no hospedeiro humano (Figura 3).

Figura 3 – Ciclo de vida do *Plasmodium*



Fonte : Medline Plus, 2015

A forma transmissível da Malária os esporozoítos, são injetados na pele de um ser humano (ou de outro vertebrado) pela fêmea do mosquito através da sua saliva que serve como anticoagulante para permitir que o mosquito se alimente. Os esporozoítos podem ser destruídos por ação fagocitária, seguindo os que não são destruídos para o fígado, alojando-se nos hepatócitos, células do fígado capazes de sintetizarem proteínas. Aí iniciam um processo de multiplicação, dando origem aos merozoítos, que lhes permite entrar nos capilares hepáticos e assim entrar na corrente sanguínea e invadir os eritrócitos; até esta altura a infeção é assintomática, iniciando-se os primeiros sintomas quando se inicia a multiplicação dos merozoítos nos eritrócitos.

Rompem-se os eritrócitos, libertando-se os merozoítos para o plasma. Nesta fase, se o hospedeiro for picado por um mosquito, este ingere sangue com as formas assexuadas do parasita, dando início à fase sexuada no interior do seu estomago, dando-se a fecundação e a formação de um ovo. Logo após a sua formação, o ovo sofre uma divisão meiótica, originando esporozoítos haploides. Estas células multiplicam-se por mitoses sucessivas, dando origem a muitos outros esporozoítos que migram para as glândulas salivares do inseto, podendo no momento da picada ser inoculados noutra indivíduo (Bannister e Sherman, 2009; Gomes et al, 2011; ADPP Angola, 2012).

1.3. Quadro clínico da Malária

1.3.1. Sintomas da doença

O desenvolvimento dos sinais e sintomas do Paludismo, ocorrem geralmente entre 9 a 40 dias após a picada do mosquito infetado, e são febre, tremores e calafrios, diaforese, cefaleias (Rozendaal, 1997), mal-estar geral, artralgia, mialgia, fadiga, náuseas, êmese, dor de barriga e diarreia, além de sintomas crónicos como a anemia, astenia e redução da capacidade de trabalho (ADPP Angola, 2012). A severidade e frequência das febres estão relacionadas com as espécies de parasita, mas normalmente duram 2 a 3 dias. Os ataques febris coincidem com as multiplicações e hemólise. A Malária provocada por *Plasmodium falciparum* é o tipo mais severo, que pode progredir para disfunção pulmonar, coagulação intravascular disseminada, hipoglicemia (Gomes et al, 2011) hipotensão e choque, falha dos rins e do fígado, acometimento do SNC (sistema nervoso central) que se manifesta sob a forma de coma ou convulsões, e morte (Gomes et al, 2011; Rozendaal, 1997).

O acometimento do SNC é comum na Malária grave e principal causa de morte, desenvolvendo-se de forma progressiva, durante alguns dias, com manifestações de dores de cabeça, alterações de comportamento, desorientação, convulsões e coma. A anemia é também frequente na Malária, ocorrendo precocemente, devido à destruição dos eritrócitos. A anemia na malária define-se como a redução da hemoglobina ou da percentagem de volume ocupado pelos eritrócitos no sangue, abaixo dos valores esperados para a idade e sexo.

A disfunção pulmonar ocorre com incidência de 3% a 10% e letabilidade próxima de 70%. O principal sinal de disfunção pulmonar é o aumento da frequência respiratória e a

apresentação mais grave é a síndrome de desconforto respiratório caracterizado por edema pulmonar. O diagnóstico de insuficiência renal está associado a diurese inferior a 400ml/24 horas e aumento sérico da creatinina e da ureia. A insuficiência renal é provocada pelos eritrócitos infetados na microcirculação, por alterações metabólicas, diminuição de deformabilidade dos eritrócitos que culmina na redução do fluxo sanguíneo e consequente isquemia renal. A ocorrência de hipoglicemia é comum em pacientes com a Malária grave podendo levar a convulsões e coma. Esta situação é de difícil detecção, por os seus sintomas se assemelharem a outros que também fazem parte do quadro clínico da Malária, tais como taquicardia, sudorese, coma e convulsões, sendo possível a sua sinalização pela deterioração do estado de consciência do paciente. Por fim, a disfunção hepática que se manifesta principalmente pela icterícia e pela discreta elevação do nível sérico das aminotransferases. Podem ocorrer alterações na função do órgão, criando dificuldades no metabolismo de alguns antimaláricos e contribuindo para a ocorrência de hipoglicemia e acidose láctica, podendo desenvolver-se uma insuficiente hepática aguda (Gomes et al, 2011).

Segundo Rozendaal (1997), nos locais onde a Malária é altamente endêmico, as pessoas infetadas frequentemente desenvolvem uma certa imunidade, podendo em muitos casos transportar parasitas e não terem quaisquer sintomas.

1.3.2. Diagnóstico

A Malária quando detetada no início da infeção é bastante simples de tratar, sendo por essa razão o diagnóstico um aspeto muito importante no sucesso do tratamento. O diagnóstico da Malária requer análises ao sangue, como forma de identificar o tipo de *Malária* presente, com base nas características do parasita e na forma dos eritrócitos infetados.

O diagnóstico da Malária é, segundo WHO (2015b), parte efetiva da gestão da doença. Diagnósticos baseados só na observação clínica pode levar a administração desnecessária de medicamentos, porque os sintomas da Malária não são específicos desta doença, não havendo um conjunto de sintomas que distinga a Malária de outras doenças. Todos os pacientes com suspeita de Malária devem ser tratados com base em diagnóstico confirmado por observação microscópica ou por teste de diagnóstico rápido (RDT) de uma amostra de sangue.

Os exames microscópicos, embora sejam a forma ideal de diagnosticar e monitorizar o tratamento da Malária, exige pessoal treinado e experiente neste tipo de exames. Os testes

principais são: o teste de Gota espessa, que permite a contagem de parasitas no sangue; e o teste de distensão sanguínea, que permite, através da morfologia do protozoário, identificar a espécie infetante e adequar o tratamento (Gomes et al. 2011).

Os exames microscópicos tornam-se difíceis de realizar em muitas situações, quer pela precariedade dos serviços de saúde, quer pela dificuldade que as populações têm em se deslocarem aos centros de saúde onde existem tais exames. Têm vindo a ser desenvolvidos testes imunocromatográficos, realizados em fita de nitrocelulose, por reação enzimática, de utilização mais prática e mais rápida, os RDTs, que procuram a existência no sangue dos pacientes da proteína Pf-HRP2, que é característica de uma infeção com *Plasmodium falciparum*. A desvantagem deste teste é dar resultado positivo para a Malária em indivíduos já tratados, pois a proteína permanece no sangue por tempo prolongado. Realizam-se ainda outros testes, também realizados em fita de nitrocelulose, que consistem na deteção, de enzima desidrogenase láctica (pDHL) específica do género *Plasmodium*, e de outra específica do *Plasmodium falciparum* (Pf-DHL) no sangue do paciente (Brasil. Ministério da Saúde, 2005).

1.3.3. Tratamento

O tratamento da Malária deve seguir diferentes indicações conforme se trata de um caso de Malária grave ou de Malária não complicada. Um paciente que apresenta sinais de Malária e um teste parasitológico positivo (microscópico ou RDT) mas que não apresenta características de Malária severa, diz-se que é portador de Malária não complicada. Neste caso o tratamento tem por objetivo eliminar o mais rapidamente possível os parasitas do corpo, prevenir a transmissão a outras pessoas e impedir o aumento da resistência do parasita aos medicamentos antimaláricos. É recomendada uma medicação combinada de artemisinina e seus derivados, sendo cinco as combinações recomendadas: artemeter e lumefantrine, artesunate e amodiaquina, artesunate e mefloquina, artesunate e SP, e dihydroartemisinina e piperquina. O tratamento deve ter uma duração de 3 dias, de forma a cobrir dois ciclos de reprodução do parasita, assegurando que só resta uma pequena fração de parasitas, minimizando o risco de criar resistência aos medicamentos como resultado de um tratamento incompleto (WHO, 2015b).

No caso do tratamento da Malária grave, os doentes devem ser internados, de forma a que seja avaliada a condição respiratória, cardiovascular, renal e hepática, assim como o estado de consciência. São utilizados prioritariamente medicamentos derivados da

artemisinina ministrados por via intravenosa, de ação mais rápida. Os mais comuns são artesunate e artemeter, que são bem tolerados pelos pacientes e que têm poucos efeitos adversos, dos quais os mais relevantes são diarreia, dores abdominais e náuseas. O quinino, é usado desde sempre no tratamento do Paludismo, no entanto não atua sobre os gametócitos do *Plasmodium falciparum*. É absorvido rapidamente e eliminado pelo organismo, com meia vida de 12 horas. Os seus efeitos adversos principais são *deficit* auditivo transitório, tremores, distúrbios visuais, náuseas e vômitos, e hipoglicemia quando são ministradas doses muito altas (Gomes et al., 2011).

A Malária recorrente pode resultar de uma nova infecção ou de falha no tratamento de primeira infecção. A falha do tratamento pode resultar de resistência dos parasitas aos medicamentos, pelo facto de terem sido ministradas doses inadequadas de medicamento, de situações em que o paciente tenha vomitado o primeiro tratamento, ou ainda da fraca adesão ao tratamento pelo paciente, que o interrompe sem o ter completado. Embora seja difícil distinguir uma nova infecção de uma infecção maltratada considera-se que existe uma falha de tratamento quando a doença reaparece até quatro semanas após o tratamento (WHO, 2015b).

Os grupos de risco acrescido para a Malária são as grávidas, as crianças com peso abaixo dos cinco quilos e pacientes co-infetados com VIH. Estes pacientes enfrentam altas probabilidades de falha de tratamento se forem adotadas as dosagens recomendadas, sendo aconselhável maior concentração terapêutica e maior duração de tratamento. A Malária na gravidez está associada a nascimentos de baixo peso, a anemias, a risco aumentado de Malária severa, e à morte da criança e da mãe. Durante o primeiro trimestre tratam-se as mulheres grávidas com Paludismo não complicada com quinino e clidamicina, durante sete dias. No segundo e terceiro trimestre a norma é a administração de artmerter e lumefantrine, que se provou ser seguro e eficaz, no entanto, são possíveis outras terapêuticas. No caso das crianças pequenas os derivados da artemisinina são seguros e bem tolerados, sendo aplicado o tratamento através de uma dose *standard* por quilo (WHO, 2015b).

2. A Malária como problema de saúde pública

2.1. Epidemiologia da Malária

De acordo com o Inquérito de Indicadores da Malária, a Malária é endémica em todas as 18 províncias do país, embora seja possível definir, conforme a figura 4, três regiões de endémicidade: hiperendémica, mesoendémica estável e mesoendémica instável.

Figura 4 – Zonas de transmissão da Malária**Fonte: USAID, 2014**

A região hiperendêmica é a zona com alta transmissão durante todo o ano, correspondendo às regiões do norte do país (Cabinda, Uíge, Malanje, Kuanza Norte, Luanda Norte e Luanda Sul). A região mesoendêmica estável tem uma transmissão relativamente baixa, enquanto que os níveis de transmissão na região mesoendêmica instável (Namibe, Cunene, Huíla e Kuando Kubango) mudam dependendo das condições climáticas, registando-se um aumento durante a estação das chuvas, com um pico entre os meses de janeiro e maio. A prevalência mais baixa da Malária ocorre na província de Luanda, que é também a região mais urbanizada do país. Em 2012 foram reportados 3.026.125 casos de suspeita da Malária nos Hospitais públicos angolanos, com 5.736 mortes. A maioria dos casos foram causados pelo *Plasmodium falciparum* (87%) (USAID, 2014).

Segundo dados do Ministério da Saúde da República de Angola (2014) verificou-se um agravamento da situação em 2013, tendo sido registados 2.487.306 casos, com 6.518 mortes, que se reflete num aumento de 13% das mortes por Malária no país. Esta situação ficou a dever-se à deterioração das condições de saneamento, à rutura de medicamentos e testes de diagnóstico.

Segundo dados do Inquérito de indicadores da Malária de 2011, ao nível nacional apurou-se que 10% das crianças apresentaram resultados positivos para a Malária, sendo maior a prevalência nas idades maiores e menor nas idades menores. A prevalência da malária também é maior nas zonas rurais (14%) do que nas zonas urbanas (1%) e é também muito maior na região hiperendémica (16%) do que em Luanda (2%). A prevalência é de 15% e 20% nos dois quintis de riqueza mais baixos, comparados com os 5% e 3% nos dois quintis de riqueza mais altos. A taxa de mortalidade infantil é de 50% e a taxa de mortalidade infantojuvenil é de 91%. (República de Angola. Ministério da Saúde, 2011).

2.2. Medidas de prevenção e controle

Os meios de prevenção contra a Malária são vários, devendo na sua maioria as ações levadas a cabo incidirem sobre a erradicação do mosquito *Anopheles*, que transmite a doença através da picada sua fêmea, ou sobre a proteção da picada do mosquito, como seja a pulverização intradomiciliária com inseticida ou o uso de redes mosquiteiras. É ainda de grande importância a profilaxia ou tratamento intermitente preventivo (TIP) durante a gravidez e o tratamento de febres em crianças menores de cinco anos.

Os programas de luta contra a Malária têm sofrido um aumento de financiamento internacional, de 960 milhões de dólares americanos em 2005 para 2,5 biliões de dólares americanos em 2014 e representam cerca de 78% do financiamento total dos programas de combate à Malária (WHO, 2015 a).

2.2.1. Uso da rede mosquiteira

A utilização de redes mosquiteiras é segura e tem grande impacto na diminuição da proporção de mosquitos que se alimentam com sucesso dos seres humanos e na diminuição do número de vezes que o mosquito pica uma pessoa durante uma noite. O uso regular das redes mosquiteiras pode reduzir a mortalidade das crianças menores de 5 anos em 20% sendo uma das formas mais eficazes de prevenção da Malária (Lengeler, 2004), até porque ao mesmo tempo que impedem a picada, também matam o mosquito devido ao inseticida existente nas redes.

As redes mosquiteiras tratadas com inseticida podem ser redes normais impregnadas com inseticida (MTI's), cuja duração é de cerca de um ano, ou podem ser redes cujas fibras são saturadas com inseticida no momento da fabricação, o que lhes dá uma duração de cerca de 5 anos. A promoção do uso da rede mosquiteira iniciou-se em 1999, tendo tido o apoio de várias organizações internacionais, inicialmente com o objetivo de distribuir e promover a utilização da rede por todas as mulheres grávidas e crianças com menos de 5 anos, por serem as mais vulneráveis à infeção (República de Angola. Ministério da Saúde, 2011). A partir de 2010, a distribuição de redes alargou-se a toda a população sendo objetivo estabelecido no Plano Nacional de Controlo da Malária do Ministério da Saúde de Angola, que haja pelo menos uma rede mosquiteira por cada dois habitantes.

Segundo os resultados do Inquérito de indicadores da Malária 37% dos agregados familiares, possuem pelo menos uma rede mosquiteira e 12% possuem duas ou mais. Nas regiões urbanas é superior a percentagem de agregados familiares com rede mosquiteira em relação às regiões rurais e existe relação direta entre a posse de rede mosquiteira e a situação socioeconómica do agregado familiar (República de Angola. Ministério da Saúde, 2011).

2.2.2. Pulverização intradomiciliária

Compreende-se por pulverização intradomiciliária a fumigação das paredes interiores das habitações para matar as fêmeas adultas dos mosquitos, que descansam nas paredes das casas depois de se alimentarem, evitando assim a infeção de outras pessoas. Estas ações, devido ao seu custo muito elevado, são implementadas em áreas selecionadas e de escolha ponderada. Em todo o país apenas 7% das habitações tiveram pulverização intradomiciliária, sendo 82% dessas casas pulverizadas por organizações estatais e 10% por organismos não governamentais (ONG). Apenas 2% das habitações foram pulverizadas por empresas privadas, o que permite concluir que este meio de proteção contra a Malária está diretamente relacionado com a situação económica dos agregados familiares (República de Angola. Ministério da Saúde, 2011).

2.2.3. Prevenção da Malária na gravidez e em crianças menores de cinco anos

Durante a gravidez é mais elevado o risco de contrair a Malária e desenvolver uma grande variedade de problemas que lhe estão associados, tais como a anemia, nascimento prematuro do bebé, atraso no desenvolvimento intrauterino e baixo peso ao nascer. Para as mulheres que não adquiriram imunidades, por viverem em regiões mesoendémicas instáveis, são recomendadas como estratégias preventivas, o tratamento intermitente e preventivo (República de Angola. Ministério da Saúde, 2011).

As crianças pequenas são mais vulneráveis à doença do que os adultos e do que as crianças mais velhas, sendo por isso aconselhável a utilização das redes mosquiteiras prioritariamente nas crianças mais novas. Segundo o inquérito de Indicadores da Malária (República de Angola. Ministério da Saúde, 2011) 26% das crianças menores de cinco anos dormem debaixo de uma rede mosquiteira tratada com inseticida. Sendo a febre o principal sintoma nas crianças menores de cinco anos, a OMS aconselha que em regiões de alto risco de Paludismo, se inicie o tratamento com antimaláricos combinados com artemisinina, mesmo sem confirmação de diagnóstico, pois, uma infeção severa pode provocar facilmente a morte da criança.

2.2.4. Outras medidas

Como complemento à pulverização intra-domiciliária e ao uso das redes mosquiteiras, são importantes algumas medidas sanitárias que as populações podem implementar. É o caso da limpeza de valas e canais e da destruição de todos os lugares onde possam existir águas estagnadas (charcos, latas, pneus velhos), tapando-os com areia ou esvaziando-os para não permitir a reprodução do mosquito. Os buracos das paredes das casas devem ser tapados e devem ser limpos os terrenos em redor das habitações (ADPP Angola, 2012).

2.3. Conhecimentos, atitudes e comportamentos face a Malária.

Grande parte da população Angolana tem escassos conhecimentos sobre a Malária, não reconhecendo o mosquito como agente de transmissão da Malária, o que explica a razão por que as famílias não usem as redes mosquiteiras, mesmo quando as têm. (República de Angola. Ministério da Saúde, 2011).

Nambureto e Monteiro (2011: 18) referem vários estudos realizados em Moçambique, sobre os conhecimentos das populações no que se refere às causas da doença, permitindo concluir que “existe ainda um défice de conhecimentos”, pois a doença é “associada a feitiçaria, maus espíritos, pulverização intradomiciliária e exposição excessiva ao sol”. Foi ainda referido como causa da Malária comida contaminada, falta de higiene, contacto com outras pessoas infetadas e esforço físico acima do normal. A não utilização da rede mosquiteira está associada a questões económicas, mas também a outros fatores, tais como: o calor provocado pela rede, o cheiro do inseticida, a falta de ar que provoca e questões estéticas; que associadas ao pouco conhecimento sobre a sua importância, não garantem a sua utilização.

2.4. Novas descobertas sobre a Malária

Novas investigações têm sido feitas para melhorar a compreensão da doença e a sua prevenção. O Comité para os produtos médicos para uso humano da Agência Médica Europeia (EMA - *European Medicines Agency*), aprovou a utilização da primeira vacina da Malária fora da União Europeia. A vacina conhecida como *Mosquirix* (ou RTS,S/AS01) foi considerada segura e eficaz para ser utilizada em regiões onde a malária é frequente para imunizar crianças com idades desde as 6 semanas aos 17 meses contra a malária causada pelo parasita *Plasmodium falciparum* (EMA, 2015).

Foi conduzido até agora um teste clínico em sete países (Burquina Faso, Gabão, Quênia, Gana, Moçambique, Tanzânia e Maláui) que mostrou que a vacina preveniu efetivamente, nos 12 meses seguintes à sua administração, cerca de 56% de episódios de malária em crianças com idades entre os 5 e os 17 meses e cerca de 31% em crianças com 6 a 12 semanas. A eficácia da vacina diminuiu passado um ano. Com estes resultados a vacina foi considerada aceitável, embora não ofereça proteção completa e exija a continuação das medidas preventivas já comuns (EMA, 2015).

Outras investigações têm sido desenvolvidas, como por exemplo os estudos de Rund et al, sobre as proteínas de ligação olfativa dos mosquitos, que explicam porque os mosquitos sentem mais o cheiro das pessoas durante a noite. Os mosquitos têm nos seus

órgãos sensoriais proteínas de ligação olfativa (*OBP* - *Odorant Binding Proteins*) que induzem a capacidade olfativa do mosquito em função da quantidade das proteínas. A sensibilidade olfativa dos mosquitos aumenta com a abundância de proteínas nas antenas e na boca do mosquito e a concentração de proteína varia durante o dia, sendo maior à noite. Esta descoberta é importante para percebermos por que razão os mosquitos picam mais as pessoas durante a noite do que durante o dia (Rund et al, 2013).

Capítulo III - Metodologia

1. Problemática

A Malária é um problema de saúde pública em Angola, sendo uma das principais causas de morte e de absentismo laboral e escolar. Segundo o Inquérito de indicadores de Malária em Angola (IIMA) realizado em 2011 (República de Angola, Ministério da Saúde, 2011) A Malária representa cerca de 35% da procura de cuidados curativos, 20% dos internamentos hospitalares, 40% das mortes perinatais e 25% da mortalidade materna. A

Malária é endêmica em todo país, com uma transmissão mais elevada nas províncias do Norte, com um aumento de transmissão durante a estação das chuvas, com pico entre os meses de janeiro e maio.

As campanhas levadas a efeito para controlo da Malária requerem grandes investimentos e são promovidas quase na sua totalidade por organizações internacionais sem que o número de casos registados ou mortes provocadas pela doença diminua significativamente ou sem que a erradicação da doença tenha o seu fim à vista.

O controlo da doença só é possível com a interação conjunta de terapia combinada com artemisina, utilização dos mosquiteiros tratados com inseticida, pulverização intra-domiciliária e adoção pela população destas práticas de prevenção da picada do mosquito e de tratamento da doença.

A luta contra a Malária, desde o seu início, tem resultado na diminuição da mortalidade pela doença. No entanto, a Malária continua sendo a principal causa e consequência da pobreza e da desigualdade mundial, sendo característica dos países mais pobres de África. Ela dificulta o desenvolvimento económico, é responsável por grande absentismo escolar e profissional, e limita a capacidade de resposta dos sistemas nacionais de saúde para promover a melhoria das condições de saúde das populações.

O controlo da doença está relacionado com mudanças de comportamentos de risco e adoção, de práticas e atitudes preventivas essenciais, pela população sem as quais a erradicação da doença não será possível.

2. Construção do Modelo de Análise

As questões de investigação surgem naturalmente da revisão de literatura e incidem sobre as atitudes e comportamentos da população, favoráveis e desfavoráveis à prevenção e proteção contra a Malária.

1ª Questão – Será que são adotados os comportamentos e atitudes corretas pela população para o controlo e prevenção da Malária?

2ª Questão – Será que a população utiliza adequadamente os mosquiteiros?

3. Desenho da Investigação

O Estudo seguiu uma abordagem quantitativa de metodologia transversal. A abordagem quantitativa permite determinar taxas de prevalência, comparar os resultados obtidos nos quatro locais de aplicação dos questionários. O estudo seguiu uma metodologia transversal porque os dados foram recolhidos num único momento, nas salas de espera das consultas externas ou de urgência, e de forma imediata, tendo sido necessária uma única deslocação da investigadora a Luanda, para realizar a recolha de dados.

4. Construção do Questionário

Os dados foram recolhidos através da aplicação de um inquérito por questionário sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos das pessoas em relação à prevenção e controlo da Malária. Antes da aplicação do questionário, os entrevistados foram informados e esclarecidos sobre o estudo, através da indicação dos objetivos e da metodologia usada, assim como sobre os resultados que se espera obter, sendo-lhes posteriormente solicitado o preenchimento do questionário.

O questionário utilizado neste estudo teve por base o Inquérito de indicadores da Malária em Angola realizado em 2011, ao qual foi posteriormente aplicado um pré-teste para verificar se existiam perguntas-problema que justificassem uma modificação da redação, alteração do formato ou mesmo a sua eliminação na versão final. Foram

realizados 120 inquéritos de pré-teste que exigiram a alteração da redação de algumas perguntas por o vocabulário utilizado não se adequar ao português falado em Angola e criar alguns problemas de interpretação das perguntas.

O questionário, na sua versão definitiva, é composto por 30 perguntas distribuídas por quatro diferentes dimensões: (i) conhecimento das causas e sintomas da Malária (Questões 6,7 e 8); (ii) atitudes perante o Paludismo (Questões 3, 4, 5, 9, 10, 11 e 12); (iii) comportamentos perante a Malária (Questões 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22); e (iv) caracterização sociodemográfica da amostra (Questões 24, 25, 26, 27, 28, 29 e 30).

5. População e amostra

A população em estudo é os utentes adultos, utilizadores do Hospital Josina Machel, do Hospital Militar Principal, da Clínica Sagrada Esperança e do Centro Médico da Ilha de Luanda nas consultas externas ou de urgência. São considerados como critérios de inclusão: terem mais de 18 anos e serem nacionais de Angola.

O Hospital Josina Machel localiza-se no Largo Josina Machel, Rua 1º Congresso MPLA, em Luanda, é um hospital estatal que serve Luanda e ainda outras regiões do interior. O Hospital Militar Principal localiza-se na Zona da Sagrada Família, Rua D. Manuel I, em Luanda, e é um hospital estatal que serve os Militares, trabalhadores civis e seus familiares. A Clínica Sagrada Esperança localiza-se na Avenida Murtala Mohamed, na Ilha de Luanda, é um Centro médico privado com várias especialidades de consulta externa, urgências e internamento. Por fim, o Centro Médico da Ilha de Luanda, que se localiza na Avenida Murtala Mohamed, na Ilha de Luanda, é um centro médico, pertencenet ao grupo Endiama, com várias especialidades de consulta externa, urgências e internamentos (Sala de Partos Farmácia, Sala do PAV, Consulta de Pediatria, Consulta de Ginecologia, Consulta de Medicina, Planeamento Familiar, Banco de Urgência. Laboratório, Puericultura, Raios X Inoperável, Obstetrícia, Estomatologia, Secretaria e Estatística).

6. Tratamento de dados

Os dados obtidos através do questionário foram registados de forma a poderem ser tratados informática e estatisticamente e a permitir generalizações e análises posteriores. Foram calculadas frequências para as atitudes e comportamentos favoráveis e desfavoráveis à prevenção e proteção contra a Malária. Os dados (estatística descritiva e de decisão) foram tratados através da utilização do SPSS que permite obter relações entre as várias variáveis estudadas no questionário.

7. Trabalho de campo

Os pré-testes foram aplicados pela investigadora que se deslocou a Luanda, de 12 a 20 de novembro de 2015. Os questionários foram aplicados de 29 de novembro de 2015 a 4 de janeiro de 2016, num total de 370 inquéritos. As perguntas foram colocadas aos inquiridos oralmente e registada a resposta. Antecipadamente foi feito um pedido de autorização ao Hospital Josina Machel, Hospital Militar Principal, Clínica Sagrada Esperança e Centro Médico da Ilha para aplicação do questionário nas suas instalações, na sala de espera ou no banco de Urgência aos utentes enquanto aguardavam pela consulta.

O Hospital Josina Machel é o maior Hospital Estatal de Angola e serve grande número de utentes, na sua maioria carenciados, com poucos recursos financeiros. O Hospital Militar Principal, por sua vez, funciona como hospital de referência para os militares dos vários ramos das Forças Armadas e seus familiares e associa a formação e a investigação á atividade clínica. Quanto à Clínica Sagrada Esperança, é um Hospital Privado que serve uma população com bons recursos financeiros, o que permite comparar os comportamentos e atitudes com base nas condições socioeconómicas dos utentes. Por fim o Centro Médico da Ilha serve aquela população que ali reside e ainda os carenciados, com poucos recursos financeiros.

Capítulo IV – Apresentação de Resultados

1. Caracterização sociodemográfica da região de Luanda

Angola caracteriza-se por valores muito baixos de esperança de vida á nascença (52 anos) e elevadíssimas taxas de mortalidade infantil (134 crianças por cada 1000 nascimentos) e de mortalidade infantil até aos cinco anos (226 por cada 1000 nascimentos) (WHO, 2016).

Luanda, capital da República de Angola e capital da província homónima, é a maior cidade do país desde 1627. Luanda tem grande concentração populacional que corresponde a cerca de 30% da população total do país, totalizando cerca de 5 milhões de habitantes em 2007. Verifica-se em Angola grande êxodo rural para as principais cidades e em particular para Luanda, motivado pela procura de trabalho, estimando-se que a população de Luanda duplique todos os 10 anos (Nzatuzola, 2011). A partir de 2011, o município de Luanda é formado por 7 distritos: Ingombota, Kilamba Kiaxi, Luanda, Maianga, Rangel, Samba e Sambizanga.

Luanda é o principal centro financeiro, comercial e económico de Angola, sendo responsável por cerca de 90% do PIB (Produto Interno Bruto) do país. Ali se encontram sediadas as maiores empresas angolanas e delegações e subsidiárias de várias multinacionais. O porto de Luanda, localizado na baía de Luanda, é o principal porto do país, movimentando mais de 70% das importações e exportações angolanas (petróleo/crude excluído). A língua mais falada em Luanda é o português, que é também a língua oficial do país, sendo também faladas várias línguas do grupo bantu, principalmente o kimbundu.

A capital é também o principal polo universitário do país, com um número considerável de universidades, entre as quais: Universidade Agostinho Neto, Universidade Católica, Universidade Independente, Universidade Jean Piaget, Universidade Lusíada. Em 2008, foi lançado o projeto da Cidade Universitária, que abrigará o primeiro Parque Científico e Tecnológico de Angola.

Luanda é a cidade que apresenta maior crescimento económico, em particular desde que Angola alcançou uma situação de paz e estabilidade política e social. Os

vultuosos investimentos, nacionais ou em parceria com financiadores internacionais privados e institucionais, são particularmente na área da construção civil e das telecomunicações. No entanto, a implantação de infraestruturas ainda não acompanha o rápido aumento da construção habitacional: só 20% da cidade de Luanda tem água e saneamento básico e apenas 30% das casas têm água corrente.

Segundo Nzatuzola (2011), o grande aumento da população agrava os muitos problemas da cidade, principalmente de desarborização, elevada densidade populacional, insuficiência de equipamentos coletivos sociais e económicos, problemas de habitação, desemprego e subdesemprego, crescimento não planeado e insalubre do espaço urbano e aumento da delinquência e da criminalidade. O III Encontro Provincial do Programa de controlo da malária apontou Luanda como uma das zonas de maior risco de transmissão da Malária e com valores muito elevados de mortes de fetos e bebés com menos de uma semana de vida (40%) e de mortalidade materna (25%). Luanda regista cerca de 35% do total de casos do país (Diáridigital, 2014).

Apesar do esforço feito nos últimos anos no plano da erradicação do analfabetismo, calcula-se em 70% a taxa de literacia da população adulta (igual ou superior a 15 anos), para o período de 2007-2012 (WHO, 2016), sendo maior nas zonas urbanas (cerca de 80%) do que nas rurais.

2. Caracterização da Amostra

Os inquéritos foram realizados em número mais ou menos semelhante em quatro hospitais de Luanda: Hospital Josina Machel, Hospital Militar Principal, Clínica Sagrada Esperança e Centro Médico da Ilha de Luanda (Quadro 1).

Quadro 1 - Local da realização da entrevista (n=360)

Local	N	%
Hospital Josina Machel	90	25.0
Hospital Militar Principal	85	23.6
Clínica Sagrada Esperança	91	25.3
Centro Médico da Ilha de Luanda	94	26.1
Total	360	100.0

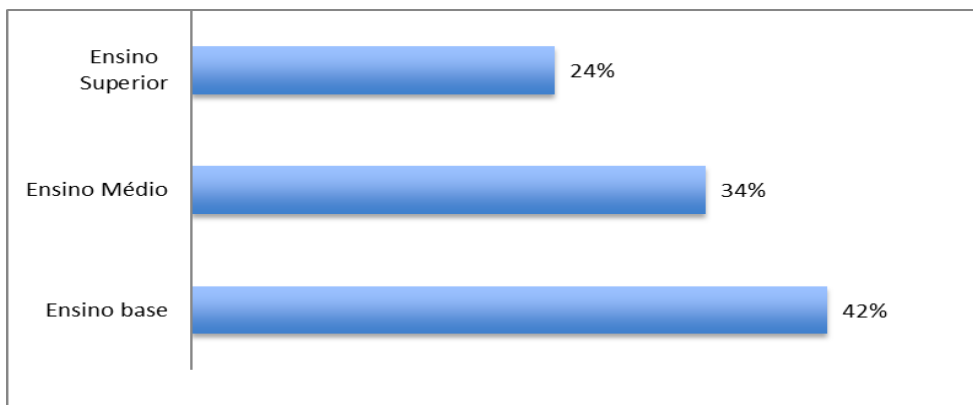
Verificou-se que 15,5% dos inquiridos não sabem ler nem escrever e que dos inquiridos que sabem ler e escrever, a maioria declarou como habilitações escolares o ensino base, que inclui os níveis desde o 1º até ao 9º ano (Quadro 2).

Quadro 2 - Pode-me dizer se sabe ler ou escrever? (Q23) (n=367)

Sabe ler ou escrever	N	%
Não	57	15.5
Sim	310	84.5
Total	367	100.0

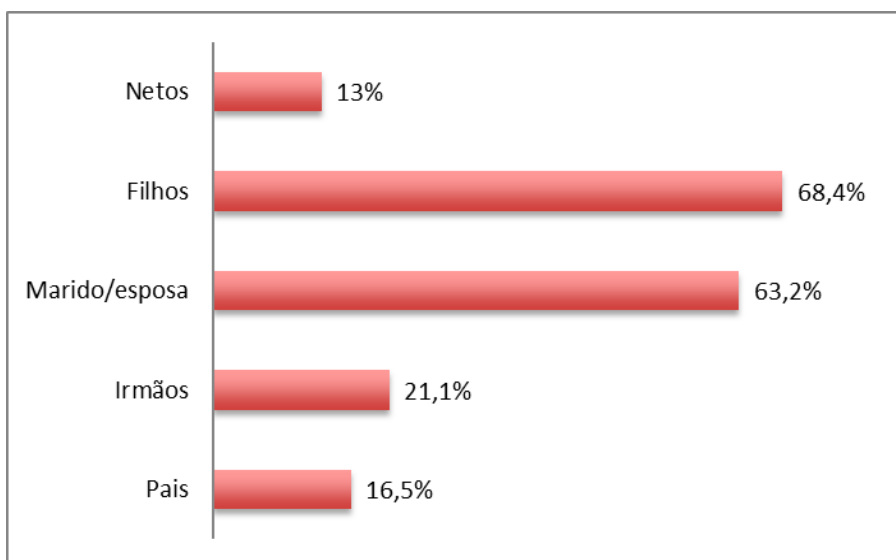
O ensino médio foi referido por 34% dos inquiridos, verificando-se por outro lado que existe já uma grande percentagem de pessoas com formação universitária (24%), o que reflete o aumento da oferta e da procura do ensino superior no país (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Até que nível de escolaridade frequentou (ensino base, secundário, superior) (Q24) (n= 341).



No que se refere à composição do agregado familiar, à questão “com quem vive em sua casa” (Q25), as opções mais escolhidas de entre as disponibilizadas no questionário foram maioritariamente: com o cônjuge (63,2%) e com os filhos (68,4%). A família extensa tem ainda algum peso, a avaliar pelas outras opções: vive com pais, irmãos e netos (16,5 %, 21,1% e 13% respetivamente) (Gráfico 2). A percentagem dos que vivem sozinhos é residual (3,8%).

Gráfico 2 - Com quem vive em sua casa? (Q25) (n=370)



A amostra tem uma idade média de 37,12 anos, com limite inferior de 18 anos e limite superior de 89 anos, tendo sido inquiridas 216 mulheres (60,5%) e 141 homens (39,5%) de acordo com a informação constante do Quadro 3.

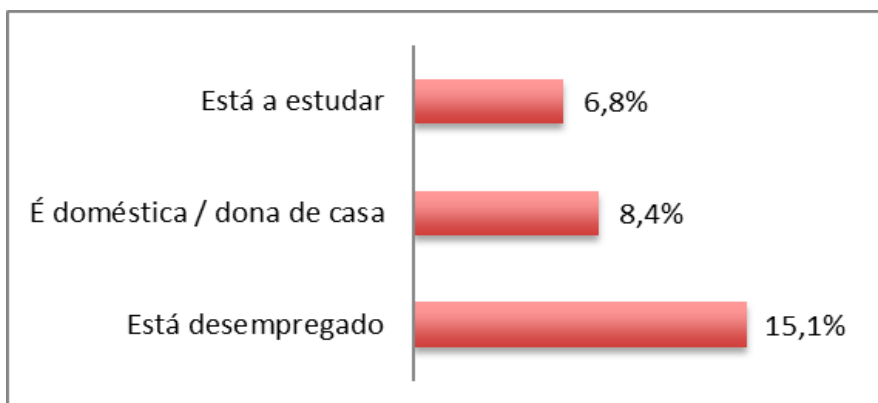
Quadro 3 – Sexo (Q28) (n=357)

Sexo	N	%
Feminino	216	60.5
Masculino	141	39.5
Total	357	100.0

De entre os inquiridos, 40% não exerceram qualquer atividade remunerada nas duas últimas semanas (Quadro 4) devido a situações de desemprego (15,1%), por serem domésticas (8,4%) ou por serem estudantes (6,8%), conforme informações constantes do Gráfico 3.

Quadro 4 - Exerceu nessas duas últimas semanas alguma atividade remunerada? (Q29) (n=350)

População ativa	N	%
Não	140	40.0
Sim	210	60.0
Total	350	100.0

Gráfico 3 - Não teve nenhuma atividade remunerada porque? (Q30) (n=112)

O Quadro 5 mostra que 11,5% das pessoas inquiridas declararam ter havido mortes por Paludismo na sua casa, o que corresponde a 42 mortes em 366 agregados familiares. Este valor comparado com as taxas de incidência indicadas pelo Inquérito dos Indicadores do Paludismo, é inferior ao indicado para as regiões rurais, mas muito superior ao indicado para a região de Luanda.

Quadro 5 - Morreu alguém, em sua casa com Malária? (Q02) (n=366).

Ocorrência de mortes por Malária	N	%
Não	320	87.4
Sim	42	11.5
Total	366	100.0

No que se refere à facilidade de contrair a doença, verificamos, pelos dados constantes do Quadro 6, que 88% das pessoas inquiridas já apanharam a Malária, pelo menos uma vez na vida. Estes resultados estão em linha com o facto de o Paludismo ser a principal causa de doença em Angola.

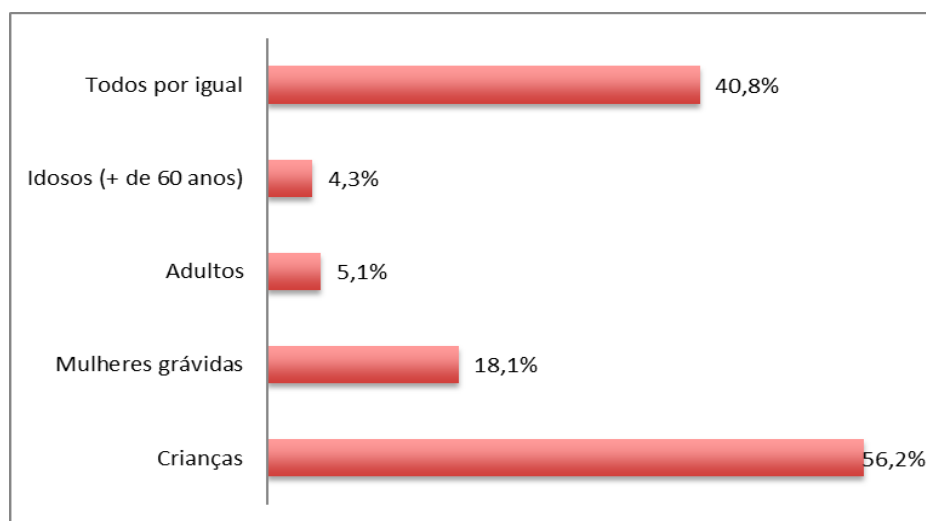
Quadro 6 - Adoeceu alguma vez com Malária (Q03) (n=366).

Ocorrência de doença por Malária	N	%
Não	44	12.0
Sim	322	88.0
Total	366	100.0

3. Conhecimentos das causas e sintomas da Malária

Existe uma forte percepção, por parte dos inquiridos, da grande vulnerabilidade das crianças a Malária: 56,2% dos respondentes indicou as crianças como as pessoas mais vulneráveis para apanhar a Malária. Não existe, todavia, a mesma percepção em relação às mulheres grávidas: esta categoria de resposta só foi referida por 18,1% do total da amostra (Gráfico 4).

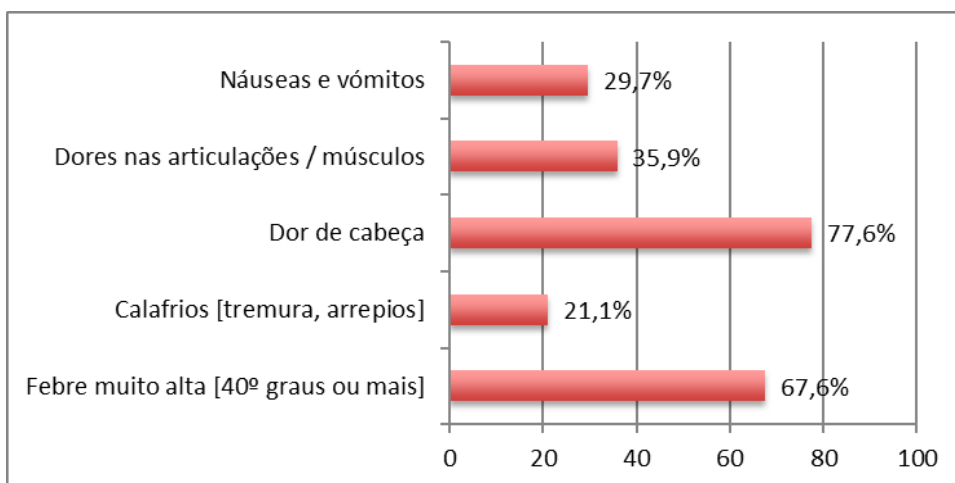
Os grupos mais vulneráveis ou de maior risco são as crianças menores de 5 anos, as mulheres grávidas e pessoas com HIV/SIDA. Estas pessoas têm os sistemas imunológicos debilitados e é mais difícil combater a doença. As mulheres grávidas podem ainda ter anemia que pode ser agravada com a Malária, aumentando os riscos.

Gráfico 4- Quais são as pessoas mais vulneráveis de apanhar a Malária em Luanda (Q06) (n=370)

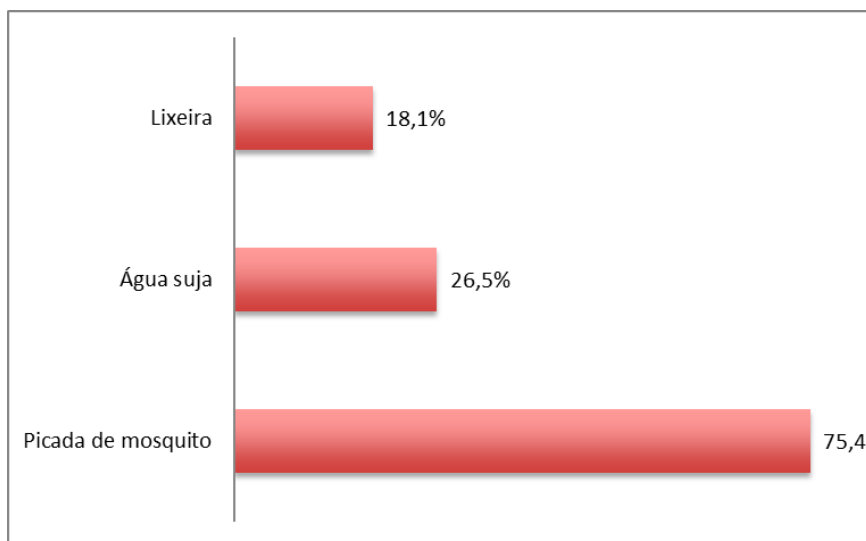
Os sintomas da Malária são variados e podem ser facilmente confundidos com sintomas de outras doenças, principalmente com a gripe, sarampo ou varicela. Por essa razão é de extrema importância que as pessoas saibam identificar os sintomas mais importantes da doença e procurem ajuda médica.

Entre os inquiridos e de acordo com os dados do Gráfico 5, os sintomas mais rapidamente identificados com a Malária pelos inquiridos, foram a febre alta e as dores de cabeça. Foram ainda indicados náuseas e vômitos, dores nas articulações e nos músculos e calafrios.

Gráfico 5 - Que sinais mostra uma pessoa que tenha Malária? (Q07) (n=370).



A maioria dos inquiridos (75,4%) relacionou facilmente a causa da Malária com a picada do mosquito, no entanto, 18% ainda responderam que a causa da Malária são as lixeiras e 26,5% consideraram que a causa é a água suja (Gráfico 6). O lixo e as águas estagnadas não são a causa direta da Malária, embora possam contribuir para a proliferação do mosquito, pois as águas paradas são o local onde a fêmea põe os seus ovos.

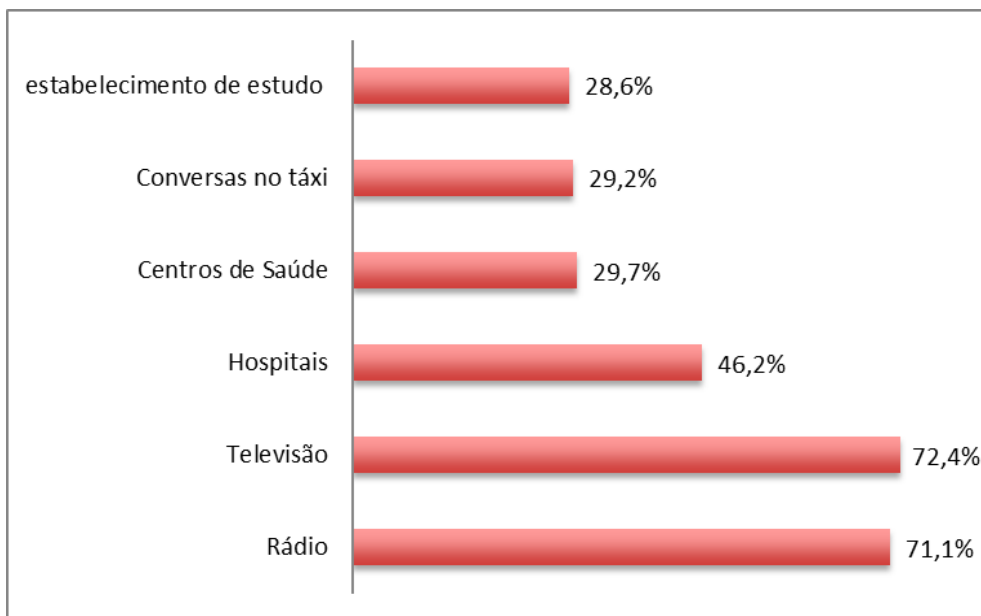
Gráfico 6 - No seu entender o que causa a Malária? (Q08) (n=370)

4. Atitudes e comportamentos perante a Malária.

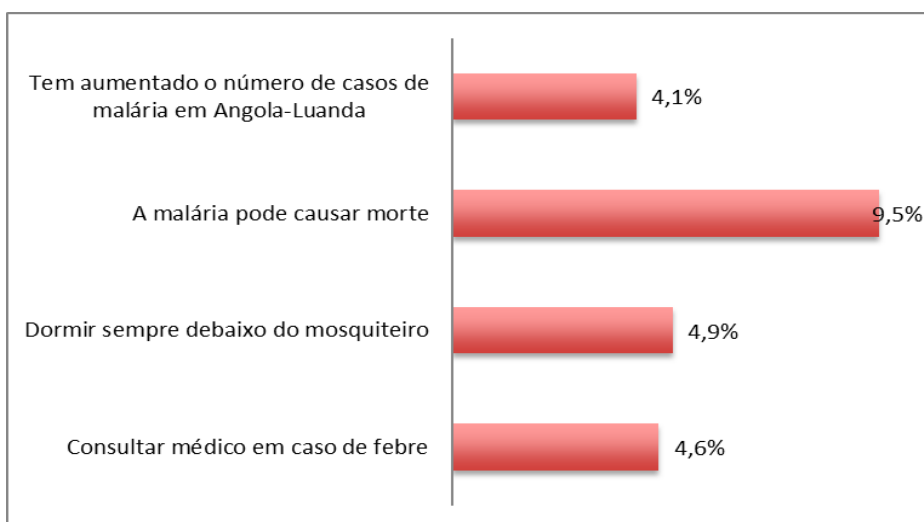
As campanhas de sensibilização nas comunidades são muito importantes para mudar atitudes e comportamentos da população no que se refere à prevenção da Malária. As autoridades sanitárias têm vindo a promover campanhas de esclarecimento com informações e instruções a seguir pela população, no que se refere à prevenção e combate da Malária. Pela informação constante no Quadro 7 os avisos veiculados sobre a Malária tem chegado às populações, pois 87,4% dos inquiridos declararam já terem ouvido avisos sobre o Paludismo.

Quadro 7 – Já ouviu alguma vez algum aviso sobre a Malária? (Q03) (n=366)

Ouviu aviso sobre o Paludismo	N	%
Não	42	11.5
Sim	320	87.4
Total	366	100.0

Gráfico 7 - Onde viu ou ouviu esses avisos (Q04)

As pessoas ouvem informações e avisos relativos a Malária principalmente na televisão e na rádio, indicados por mais de 70% dos inquiridos, embora também tenham sido referidos, conforme informação registada no gráfico 7, os Hospitais, os Centros de Saúde, as Escolas e ainda as conversas de táxi.

Gráfico 8 - Quais mensagens que viu ou ouviu falar. (Q05) (n=370)

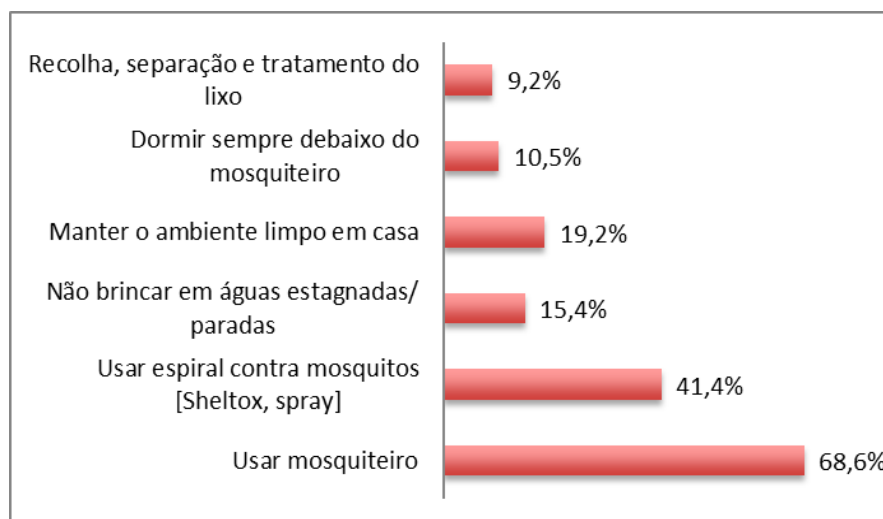
As mensagens mais frequentemente ouvidas são as indicadas no gráfico 8, embora poucos inquiridos tenham conseguido indicar quais os avisos que ouvem mais frequentemente. A mensagem ouvida mais vezes é “a Malária mata”, seguida dos conselhos de prevenção de que se deve dormir sempre debaixo do mosquiteiro e de que se deve consultar o médico em caso de febre.

Quadro 8- Pode-se prevenir a Malária? (Q09) (n=360).

Possibilidade de prevenção	N	%
Não	2	.6
Sim	354	98.3
Total	360	100.0

Quase todos os inquiridos declararam que a Malária se pode prevenir (98,3%), conforme quadro 8, e indicam maioritariamente, conforme registado no Gráfico 9, que as formas de prevenir a Malária são a utilização do mosquiteiro (68,6%) e da espiral ou spray contra mosquitos (41,4%).

Gráfico 9 - Quais as formas de prevenir a Malária que conheces? (Q10)



Foram ainda referidas como prevenção da Malária a necessidade de manter o ambiente limpo em casa, não brincar em águas estagnadas, dormir sempre debaixo do mosquiteiro e proceder à recolha, separação e tratamento do lixo. Os inquiridos não referiram a necessidade de fazer a fumigação nas casas nem de colocar redes nas portas e janelas, que são duas ações de prevenção de grande importância.

Quadro 9- A Malária é uma doença que pode ser tratada? (Q11) (n= 358)

Pode-se tratar a Malária	N	%
Não	8	2.2
Sim	344	96.1
Total	358	100.0

Quase todos os inquiridos declararam que a Malária pode ser tratada (96,1%) (Quadro 9), e indicaram como medida a adotar quando a pessoa se sente doente, a ida ao Centro de saúde mais próximo. As outras medidas mais escolhidas, registadas no gráfico 10, pelos inquiridos foram a automedicação e a ida a um Hospital estatal.

Gráfico 10- Que medidas são adotadas quando se sente mal (Q12) (n=348)

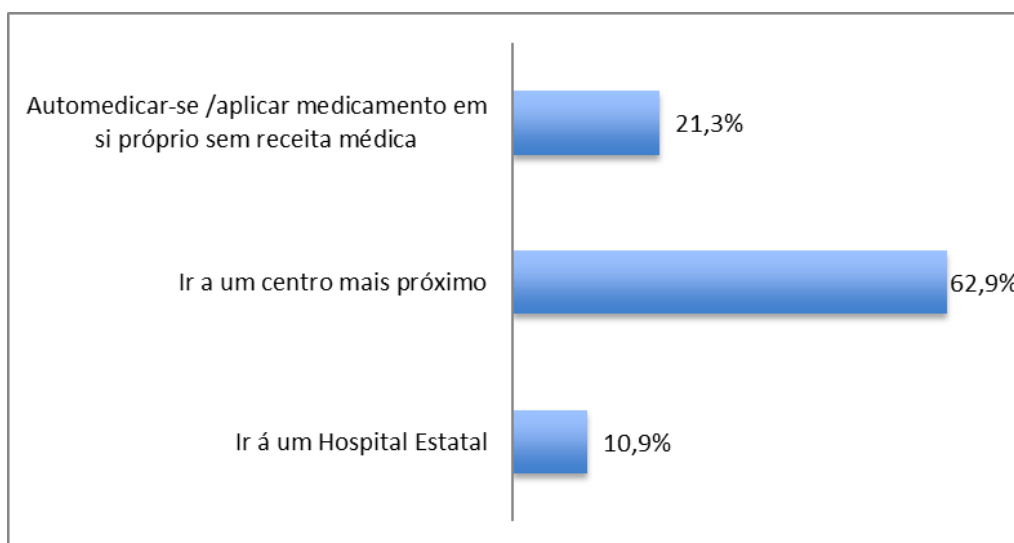
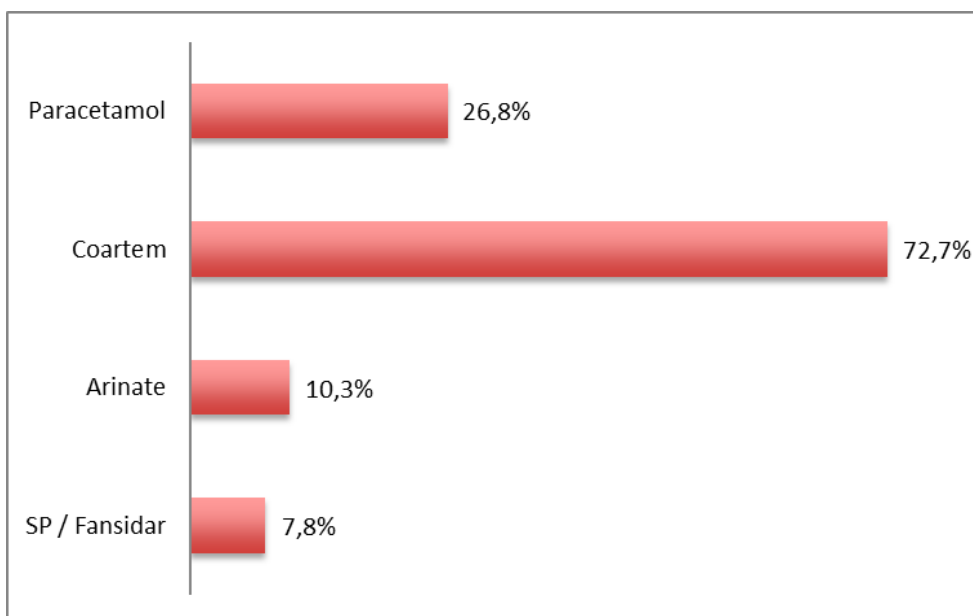


Gráfico 11 - No caso de uma pessoa apanhar a Malária, que medicamentos são administrados/usados para tratar a doença? (Q13)



No que se refere aos medicamentos utilizados para o tratamento da Malária, de acordo com o Gráfico 11, os inquiridos maioritariamente indicaram o Coartem (72,7%) como o medicamento indicado para o tratamento da Malária. Foram ainda indicados o Paracetamol (26,8%), Arinate (10,3%) e ainda SP/Fansidar (7,8%).

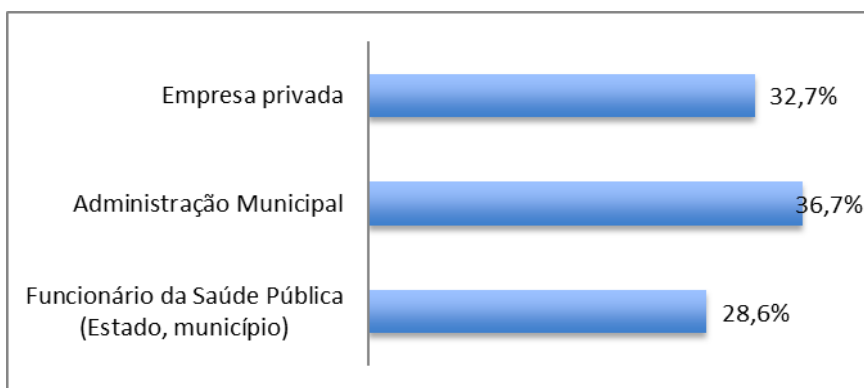
Quadro 10- A casa foi desinfestada nos últimos 12 anos? (Q14) (n=344).

Desinfestou a casa	N	%
Não	280	81.4
Sim	61	17.7
Total	344	100.0

Nos últimos 12 meses, a grande maioria dos inquiridos (81,4%) não desinfestou a casa (Quadro 10). Conforme dados do Gráfico 12, aqueles que responderam que tinham

feito desinfecção em casa, declararam que a pulverização tinha sido feita pela Administração Municipal (36,7%), por empresa privada (32,7%) ou por Funcionário da Saúde pública (28,6%).

Gráfico 12 - Por quem foi feito a pulverização em casa. (Q 15) (n= 49)



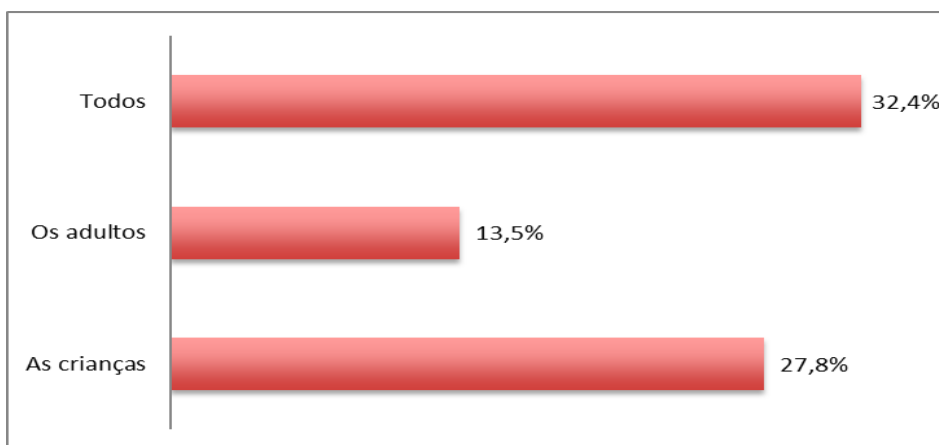
No que se refere à utilização de mosquiteiros, 32,1% responderam que não utilizam mosquiteiro em casa e só 34,9% declaram que utilizam mosquiteiros para toda a família (Quadro 11).

Quadro 11 - Tem utilizado os mosquiteiros para todos da família ou para alguns (Q16) (n=358)

Mosquiteiros em casa	N	%
Não	115	32.1
Sim, para alguns	118	33.0
Sim, para todos	125	34.9
Total	358	100.0

Uma das formas principais de prevenção da Malária é o uso de mosquiteiros tratado com inseticida de longa duração e as redes tratadas com inseticidas para colocar nas janelas ou portas. Estas formas de proteção contra os mosquitos e outros insetos, se forem utilizadas por bastantes pessoas, podem impedir que a doença atinja toda a comunidade. Entre os inquiridos que utilizam os mosquiteiros só para proteção de alguns membros da família, são as crianças que são as escolhidas para beneficiarem desta forma de proteção (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Por quem é utilizado o mosquiteiro? (Q17) (n=370)



Conforme o quadro 12, os mosquiteiros utilizados foram na sua maioria (55,7%) comprados pelos utilizadores.

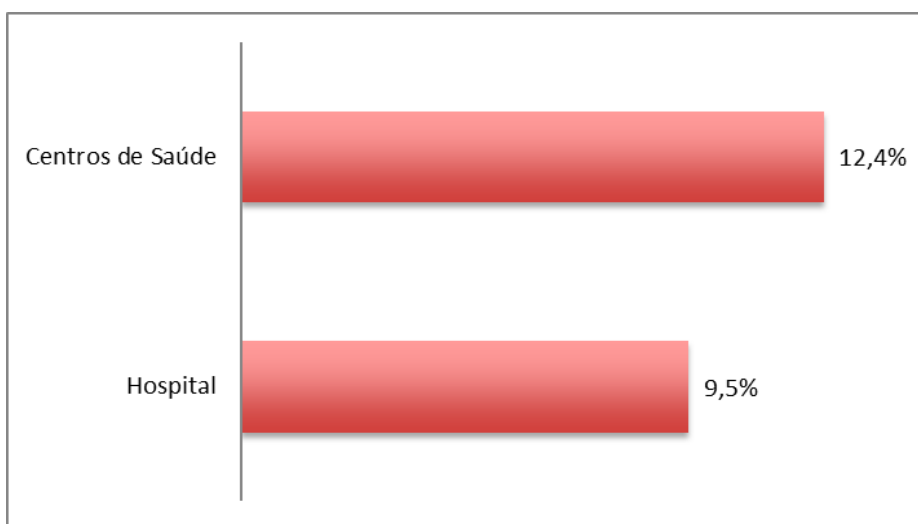
Quadro 12 - Oferta ou compra do mosquiteiro. (Q18) (n=244)

Oferecidos ou Comprados	N	%
Oferecidos	108	44.3
Comprados	136	55.7
Total	244	100.0

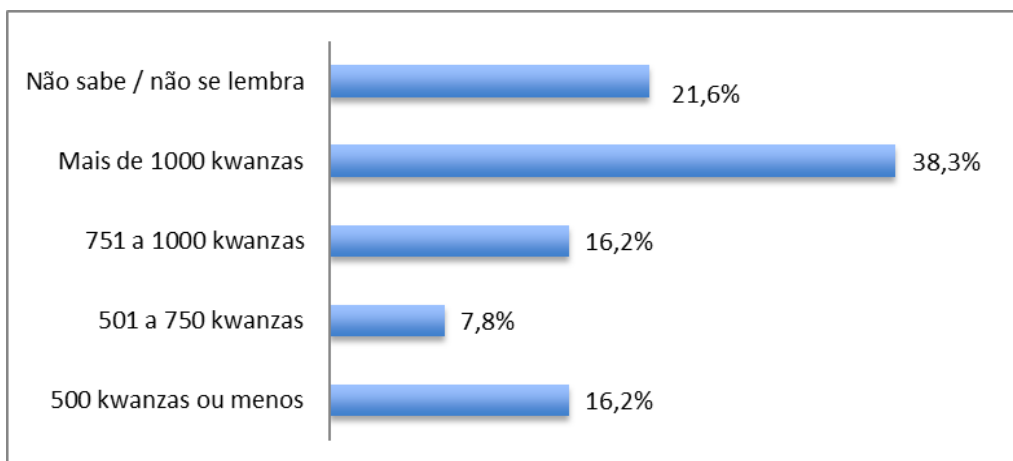
Os mosquiteiros são normalmente distribuídos à população, no âmbito de campanhas de prevenção da Malária, que incluem a distribuição gratuita de mosquiteiros tratados com inseticida e divulgação de informações sobre a importância da sua utilização. São maioritariamente distribuídos pelos organismos de saúde pública, através dos de porta-a-porta, nas comunas, aldeias e povoações (ANGOP, 2016).

Os inquiridos que obtiveram o seu mosquiteiro por oferta, declararam que lhes foi oferecido pelos centros de saúde e Hospitais (Gráfico 14).

Gráfico 14 - Por quem é que foram oferecidos os mosquiteiros (Q19) (n=370)



Aos inquiridos que declararam ter comprado o mosquiteiro que utilizam, foi-lhes pedido para dizerem quanto tinham gasto na sua aquisição. Um em cada cinco dos inquiridos (21,6%) não se recorda ou não sabe quanto custou o mosquiteiro; nos casos afirmativos, os preços variam entre um valor inferior a 500 kwanzas e um valor superior a 1000 kwanzas (Gráfico 15).

Gráfico 15- O mosquiteiro que usa quanto custou? (Q 20) (n= 167)

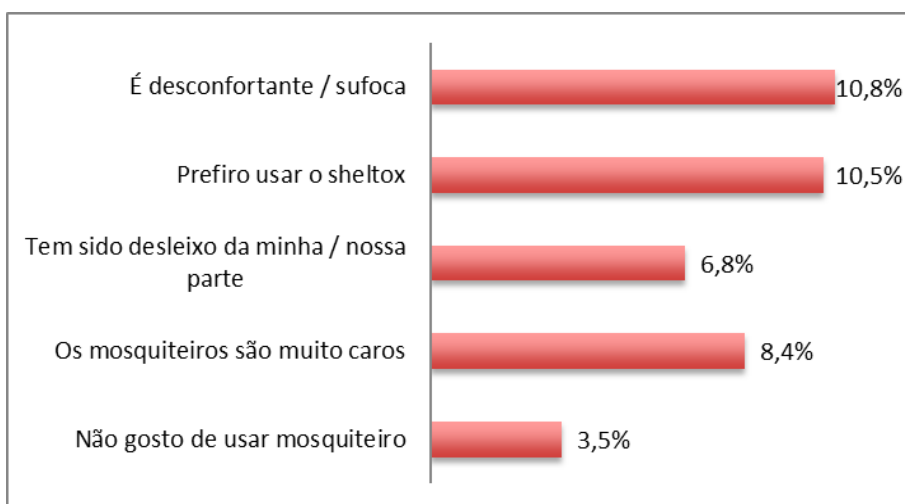
Na maioria (69,5%) os mosquiteiros utilizados foram impregnados com inseticida. Dos inquiridos, 15% declararam que os seus mosquiteiros não estavam impregnados com inseticida (Quadro 13). As redes tratadas com inseticida além de impedirem que as pessoas sejam picadas, também repelem, imobilizam ou matam os mosquitos vetores que transmitem a Malária quando pousam sobre ela no intuito de picar a vítima. Os mosquitos, segundo um novo estudo (Rund, 2013) que analisou o comportamento do mosquito responsável pela transmissão da Malária, têm a sua capacidade de detetar o odor dos humanos aumentada durante a noite, o que torna ainda mais importante a utilização dos mosquiteiros enquanto se dorme.

Quadro 13- Os seus mosquiteiros foram impregnados com inseticida? (Q21) (n=167)

Mosquiteiro impregnado com inseticida	N	%
Não	25	15.0
Sim	116	69.5
Não sei / não me lembro	26	15.6
Total	167	100.0

As razões com que os inquiridos explicam a não adesão de toda a família ao uso dos mosquiteiros, de acordo com o Gráfico 16, estão relacionadas com o custo dos mosquiteiros (“os mosquiteiros são muito caros” - 8,4%), mas principalmente porque as pessoas acham que o mosquiteiro causa desconforto (10,8%) e preferem utilizar outras formas de matar os insetos, como seja com a utilização de *sheltox* (10,5%). Existem ainda pessoas que reconhecem que a não utilização do mosquiteiro tem a ver com desleixo, ou por não gostarem de os utilizarem.

Gráfico 16- Na sua família porque que nem todos utilizam o mosquiteiro. (Q22)
(n=370)



Capítulo V - Discussão de resultados

A esperança média de vida à nascença, segundo dados da Organização Mundial de saúde (WHO, 2016) é muito baixa (52 anos), sendo estes dados consistentes com outros indicadores de saúde, principalmente no que se refere á incidência de doenças infetocontagiosas. A Malária só por si contribui para elevados valores de mortalidade todos os anos, principalmente de crianças e mulheres grávidas.

Luanda que tem vindo a verificar um grande aumento da população, representando cerca de 30% da população total do país, registou em 2013, cerca de 1,1 milhões de casos que representam mais de um terço do total de casos do país (Diáriodigital, 2014). Torna-se assim relevante para a prevenção e controlo da Malária, a avaliação do nível de conhecimento da população sobre a doença.

Os resultados sugerem que existe insuficiente conhecimento face à doença no que se refere às formas de prevenção e contágio e que existem falhas graves na concretização do conhecimento em comportamentos preventivos.

O risco de contrair a malária é bastante elevado em todo o país e segundo vários estudos realizados (República de Angola, Ministério da Saúde, 2011; WHO, 2015; WHO, 2015b) são as crianças e grávidas que apresentam o maior índice de mortalidade após infeção. Este estudo revela que 56% dos inquiridos identifica corretamente as crianças como o grupo mais vulnerável face a Malária, mas desconhece que as mulheres grávidas partilham o risco de vida com as crianças, sendo esta opção unicamente referida por 18% dos inquiridos.

Os sintomas da malária foram facilmente identificados pelos inquiridos (febres muito altas, dores de cabeça, calafrios, náuseas e vômitos e dores nas articulações) que também referiram maioritariamente a picada do mosquito como a causa principal da Malária, embora também tenha sido referida a água suja e as lixeiras. Apesar de os inquiridos terem declarado que a malária é causada pela picada do mosquito, não identificaram o tipo de mosquito o que leva a crer que não têm conhecimento sobre o modo como é transmitida a malária.

As medidas de saneamento aconselhadas (ADPP ANGOLA, 2012) passam por manter a casa fora do alcance dos mosquitos, através de uma atenção especial a águas estagnadas, lixeiras, reservatórios de água não tapado, pneus de viaturas, latas, etc. visto ser nestes locais que os mosquitos se desenvolvem.

Quase toda a totalidade dos inquiridos declararam que a Malária pode ser tratado. Logo que surjam os primeiros sintomas da doença deve-se procurar um Hospital para que se possa fazer testes para despistar malária e receber tratamento. A amostra deste estudo parece sensibilizada para esta situação pois cerca de 73,8% dos inquiridos disseram que a primeira medida a ser tomada logo que se sintam sintomas de doença é procurar um centro médico ou Hospital. No entanto, 21% dos inquiridos declaram que fazem automedicação, sendo os medicamentos mais referidos para tratar a malária: SP/Fansidar (7,8%), Arinate (10,3%), Coartem (72,7%) e Paracetamol (26,8%).

A automedicação não é aconselhável em nenhuma situação, visto o tratamento visar a eliminação dos parasitas do corpo, prevenindo a transmissão a outras pessoas e impedir o aumento da resistência do parasita aos medicamentos antimaláricos. Deve ser administrada medicação combinada de artemisinina e seus derivados, em tratamentos com duração de 3 dias, de forma a minimizar o risco de o parasita criar resistência aos medicamentos como resultado de um tratamento incompleto (WHO, 2015b). Para o tratamento da Malária Simples é indicado o Coartem, para o tratamento da Malária grave ou complicada e indicado Quinino EV (Endovenoso) e para a prevenção da malária na mulher grávida é indicado o Fansidar.

Como a maioria dos inquiridos já teve malária e haverá certamente no seu grupo familiar, de amigos e conhecidos, alguém que já esteve doente com malária, é grande a tendência para a automedicação, eliminando a necessidade de se deslocar ao médico. Um dos problemas graves do controlo da malária prende-se com a interrupção dos tratamentos logo que os sintomas melhoram o que contribui para o aumento da resistência dos parasitas aos medicamentos (ADPP ANGOLA, 2012).

É de grande importância o aumento de campanhas de sensibilização contra a malária, para dotar as pessoas de informações sobre o mosquito que provoca a doença e sobre ações de prevenção da doença. A televisão e a rádio são meios de comunicação privilegiados para fazer chegar às populações informação sobre a malária. 87,4% dos inquiridos declaram ter ouvido avisos sobre a malária, principalmente na Televisão e na Rádio, embora também nos Hospitais e Centros de Saúde.

Verificou-se que não existe relação significativa entre ouvir mensagens/avisos sobre a Malária e o género ou idade, existindo somente com as habilitações literárias (Quadro 14).

Quadro 14 - Nº de respondentes que ouviram alguma mensagem/aviso sobre a Malária, por escolaridade (n=334)

Já alguma vez ouviu alguma mensagem/aviso sobre a Malária ?	Escolaridade		Total
	Ensino base	Ensino médio/superior	
Não	16	6	22
Sim	124	188	312
Total	140	194	334

$p < 0,01$

Verifica-se que é maior a percentagem de inquiridos que ouviram as mensagens/avisos sobre a Malária no grupo do nível médio/superior de escolaridade do que no grupo do nível básico (Quadro 14), o que nos poderá permitir concluir que as pessoas com mais habilitações estão mais sensibilizadas para as mensagens que podem ser importantes para a melhoria das suas condições de saúde.

Provavelmente as pessoas com maior escolaridade também têm melhor informação / conhecimento da Malária como doença: na realidade, há uma maior proporção (94.3% contra 77,6%) de pessoas, com maior escolaridade, que responderam já terem estado doentes por Malária. As diferenças são estatisticamente muito significativas ($p < 0,001$) (Quadro 15).

Quadro 15 - Nº de respondentes que já tiveram a Malária, por nível de escolaridade (n=337)

Já alguma vez esteve doente por Malária?	Escolaridade		Total
	Ensino base	Ensino médio/superior	
Não	32	11	43
Sim	111	183	294
Total	143	194	337

$p < 0,001$

1. Resposta aos objetivos de investigação

1.1. Comparar os resultados em cada local de aplicação dos inquéritos

Os Locais de realização das entrevistas têm características bastante diferentes. O Hospital Josina Machel e o Centro Médico da Ilha de Luanda são organismos estatais; o Hospital Militar Principal destina-se a militares, funcionários do estado e suas famílias; e a Clínica Sagrada esperança é um organismo privado. Nos organismos estatais, os cuidados médicos não são pagos, o que permite concluir que são utilizados pela população mais carenciada que não pode pagar os serviços das clínicas privadas.

Os serviços públicos tendem a ser utilizados sobretudo por: (i) os mais novos; (ii) as mulheres; (iii) a população com menor escolaridade; e (iv) a população não ativa (desempregados, domésticas, estudantes).

Existe uma relação significativa entre a idade dos inquiridos e o local onde foi realizada a entrevista, de acordo com o Quadro 16. O grupo de inquiridos com mais de 35 anos, utiliza maioritariamente o Hospital Militar Principal (68,2%) e a Clínica Sagrada Esperança (64,8%), enquanto que os inquiridos com menos de 35 anos utilizam os organismos médicos estatais.

Quadro 16 - Idade dos Inquiridos por Local de realização da Entrevista (n=360)

Idade	Local de realização da Entrevista				Total
	Hospital Josina Machel	Hospital Militar Principal	Clínica Sagrada Esperança	Centro Médico da Ilha de Luanda	
<35	54	27	32	62	175
>=35	36	58	59	32	185
Total	90	85	91	94	360

$p < 0,01$

Existe também uma relação significativa entre os locais de realização das entrevistas e o sexo dos inquiridos, expressa no Quadro 16: as mulheres estão claramente sobre representadas na nossa amostra (60,8%), sendo que os serviços de saúde estatais tendem a ser mais procurados, em termos absolutos e relativos, pelos inquiridos do género feminino; os homens tendem a dirigir-se com maior frequência ao Hospital Militar ou à Clínica Privada (Quadro 17).

Quadro 17 - Sexo dos Inquiridos por Local de realização da Entrevista (n=347)

Sexo	Local de realização da Entrevista				Total
	Hospital Josina Machel	Hospital Militar Principal	Clínica Sagrada Esperança	Centro Médico da Ilha de Luanda	
Feminino	55	45	42	69	211
Masculino	33	38	41	24	136
Total	88	83	83	93	347

p <0,01

Existe ainda relação significativa entre os locais de realização das entrevistas e o nível de habilitação dos inquiridos. Verifica-se, através do Quadro 18, que os inquiridos com menor nível de escolaridade se dirigem maioritariamente aos organismos estatais, o que parece lógico considerando que as maiores habilitações podem estar relacionadas com maior nível de rendimento, o que explica que a Clínica Sagrada Esperança seja procurada maioritariamente (68,6%) pelos inquiridos com maiores habilitações.

Quadro 18 – Habilitações dos Inquiridos por Local de realização da Entrevista (n=334)

Escolaridade	Local de realização da Entrevista				Total
	Hospital Josina Machel	Hospital Militar Principal	Clínica Sagrada Esperança	Centro Médico da Ilha de Luanda	
Ensino base	46	30	27	39	142
Ensino médio/superior	32	52	59	49	192
Total	78	82	86	88	334

p <0,01

O mesmo se passa com a população ativa e não ativa: quem não trabalha (desempregados, domésticas, estudantes...) recorre aos serviços públicos. Há diferenças muito significativas ($p < 0,001$) entre os dois grupos (Quadro 19).

Quadro 19 – População Ativa por Local de realização da Entrevista (n=340)

População ativa	Local de realização da Entrevista				Total
	Hospital Josina Machel	Hospital Militar Principal	Clínica Sagrada Esperança	Centro Médico da Ilha de Luanda	
Não	47	37	19	34	137
Sim	41	42	67	53	203
Total	88	79	86	97	340

p < 0,001

1.2. Comportamentos adotados/desvalorizados pela população para prevenção da doença

Quase toda a totalidade dos inquiridos declararam que é possível prevenir o Paludismo, referindo as medidas constantes do quadro 20 e desvalorizando outras de importância comprovada para a prevenção da Malária.

Quadro 20 – Comportamentos adotados e comportamentos desvalorizados

Comportamentos adotados pelos inquiridos	Comportamentos importantes desvalorizados pelos inquiridos
Usar mosquiteiro (68,6%)	Fazer fumigação das casas
Dormir sempre debaixo do mosquiteiro (10,5%)	Colocar redes nas portas e janelas
Usar espiral contra mosquitos ou <i>shelltox</i> (41,4%)	Manter o ambiente limpo nas ruas
Não brincar em águas estagnadas (15,4%)	Usar repelente na pele
Manter o ambiente limpo em casa (10,5%)	Ligar o ar condicionado á noite
Recolha, separação e tratamento do lixo (9,2%)	Usar roupa apropriada para proteger a pele depois do por do sol

Uma das formas de prevenir a Malária é a limpeza do meio. Inclui ações a realizar no exterior das casas, nas vilas ou aldeias com o objetivo de destruir tudo o que possa servir de refúgio para os mosquitos. Devem ser eliminadas todas as águas paradas, lixeiras, latas, tambores vazios e pneus abandonados; devem ser bem limpos, secos e tapados os buracos das paredes das casas. Deve-se também ser limpo o terreno à volta da casa e podadas as árvores. Os reservatórios de águas devem ser tapados e as janelas e as portas devem ser vedadas com redes de proteção tratadas com inseticidas. Também se pode referir a fumigação com produtos químicos ou inseticidas preparados para o combate aos mosquitos (ADPP ANGOLA, 2012).

O mosquiteiro é de extrema importância para prevenir as picadas de mosquitos. Além dos mosquiteiros existem também as redes tratadas com inseticidas para colocar nas janelas ou portas. Os mosquiteiros e as redes são efetivamente uma medida eficaz para a proteção pessoal, mas que podem contribuir para melhorar a saúde de toda uma população.

Quadro 21 - [Usar mosquiteiro] Quais as formas de prevenir a Malária que conheces? * A sua casa tem mosquiteiros? Para todos os elementos da família ou só para alguns?

A sua casa tem mosquiteiros? Para todos os elementos da família ou só para alguns?	[Usar mosquiteiro] Quais as formas de prevenir a Malária que conheces?		Total
	Não selecionado	Selecionado	
Não	52,2%	22,9%	32,1%
Sim, para alguns	27,4%	35,5%	33,0%
Sim, para todos	20,4%	41,6%	34,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

$p < 0,01$

Acontece que por vezes ter conhecimento das medidas de prevenção não quer dizer que se aplique na prática. O Quadro 21 mostra que existe relação significativa entre escolher “Usar Mosquiteiro” como forma de prevenir a Malária” e utilizar na realidade.

É visível neste caso que o conhecimento influencia o comportamento, pois 41% dos inquiridos que disse ser o uso do mosquiteiro, uma forma de prevenir o paludismo, utilizam efetivamente o mosquiteiro, para todos os elementos da família; e 35,5% utilizam para alguns elementos da família (76,5% dos que reconhecem ser o mosquiteiro como forma de prevenção, utilizam-no efetivamente).

No que se refere à informação sobre o habitat, constante no inquérito, não foi possível tirar ilações, devido ao grande crescimento da cidade de Luanda, que tem acontecido de forma não planeada. Torna-se impossível caracterizar as diferentes zonas da cidade, no que se refere a saneamento básico, número de habitante e mesmo os limites de cada zona ou bairro.

Capítulo VI - Conclusões e recomendações

Perante os resultados da presente investigação pode-se concluir que as pessoas inquiridas estão minimamente informadas sobre as características da doença, vias de transmissão e formas de prevenção. No entanto, ainda coexistem com boas práticas, algumas ideias erradas que em nada contribuem para a erradicação da doença.

A Malária é uma doença comum em Angola, com que as pessoas se habituaram a viver, pois a maioria dos inquiridos já teve malária e é comum conhecer alguém que morreu com malária. Presentemente a maioria das pessoas já tem conhecimentos sobre as causas da doença e sobre as ações que deve realizar para a sua prevenção.

Continua a ser importante e necessário apostar na formação dos indivíduos e continuar a realizar campanhas de esclarecimento e informação que capacitem as populações para o combate à doença que mais mata em todo o país. Tendo em conta a existência de grupos carenciados na população de Luanda, é possível que as pessoas estejam capacitadas ao nível de prevenção da malária, mas não o façam por não terem capacidade económica para adquirir os equipamentos necessários tais como mosquiteiros, redes para janelas e portas, repelentes, etc.

As formas mais eficazes de proteção contra as doenças transmissíveis continuam, porém, a ser as coletivas, e aqui cabe às autoridades de saúde pública o papel de maior protagonismo. Torna-se importante continuar a apostar na inclusão de conhecimentos de proteção da malária nos currículos escolares, desde o início da escolaridade e também oferecer formação adequada aos profissionais de saúde sobre o modo como fazer chegar essa informação às populações que se dirigem aos Hospitais e outros centros médicos. Continua ainda a ser importante manter campanhas de prevenção da malária a transmitir na rádio e televisão, que são os meios privilegiados para chegar à maior parte da população.

Bibliografia

ADPP ANGOLA – Educação para a Prevenção da Malária – Paludismo. Manual do professor. [Em Linha] ADPP Angola- Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo Angola. 2012. [Consult. 15 de março 2016]. Disponível em <http://www.adpp-angola.org/publications/category/2-farmers-clubs>.

ALMEIDA, A. et al - Estudos sobre adesão ao tratamento da Malária. [Em Linha] *Enfermeria Global. Revista eletrónica de Enfermeria*. 32 (2013) 304-319 [Consult. 15 de Março 2016]. Disponível em http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/pt_revisiones2.pdf

ANGOP – Agência Angola Press – Benguela: Saúde Pública lança campanha de distribuição de mosquiteiros. [Em Linha] ANGOP (2016). [Consult. 23 de julho 2016]. Disponível em http://m.portalangop.co.ao/angola/pt_pt/noticias/saude/2016/4/19/Benguela-Saude-Publica-lanca-campanha-distribuicao-mosquiteiros,b7d2e115-6fc8-4c05-870f-11584402948e.html

BANNISTER, L., SHERMAN, I – *Plasmodium*. [Em Linha] Encyclopedia of Life Sciences. 2009. [Consult. 15 de março 2016]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470015902.a0001970.pub2/full>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Manual de diagnóstico laboratorial da Malária. [Em Linha]. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. 2005. [Consult. 15 de março 2016]. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/malaria_diag_manual_final.pdf

CDC- Centers for disease control and prevention – Impact of Malária. [Em Linha] Global Health - Division of Parasitic Diseases and Malária (2016). [Consult. 23 de junho 2016]. Disponível em www.cdc.gov/malaria/malaria_worldwide/impact.html

CHIPA, M. – Conhecimento e Atitude da população da comuna de Chilata, Município de Tchingeje, Província do Huambo sobre a Malária. [Em Linha] *Sol Nascente. Revista do*

Centro de Investigação sobre Ética Aplicada. 2 (2012) 9-15 [Consult. 15 de março 2016]. Disponível em <http://www.ispsn.org/revista/n2/>

COSEP CONSULTORIA, CONSAÚDE E ICF MACRO - Inquérito de Indicadores de Malária em Angola 2011. Calverton, Maryland: Cosep Consultoria, Consaúde e ICF Macro. 2011.

DIÁRIO DIGITAL – Angola: mais de um terço de casos de malária registados em Luanda [Em Linha] Lisboa: Caneta eletrónica – Edições Multimédia SA (2014) [Consult. 19 de julho 2016]. Disponível em http://diariodigital.sapo.pt/news.asp?id_news=689063

EMA – European Medicines Agency – First malária vaccine receives positive opinion from EMA . [Em Linha] European Union (2015). [Consult. 23 de julho 2016]. Disponível em http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2015/07/news_detail_002376.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1

GERMANO, N.; MENDONÇA, R.; MURINELLO, A. – Adequação dos fármacos antimaláricos na quimioprofilaxia e tratamento da Malária em países não endémicos. [Em Linha] *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 12: 3 (2005) 165-170. [Consult. 19 de março 2016]. Disponível em http://www.spmi.pt/revista/vol12/vol12_n3_2005_165-170.pdf

GOMES, A. et al. – Malária grave por *Plasmodium falciparum*. [Em Linha] *Revista Brasileira de terapia Intensiva*. 23:3 (2011) 358-369. [Consult. 19 de março 2016]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n3/v23n3a15.pdf>

LENGELER, C. –Insecticide-treated bed nets and curtains for preventing malária. [Em Linha] *Database of Systematic Reviews*. 2004 [Consult. 20 de Abril 2016]. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000363.pub2/full>

MEDLINE PLUS – Malária. [Em Linha] ADAM Health Solutions. US (2016). National Library of Medicine. [Consult. 23 de junho 2016]. Disponível em <https://medlineplus.gov/ency/imagepages/17248.htm>

NAMBURETE, D. ; MONTEIRO, M. – Paludismo: o que separa o conhecimento do comportamento? [Em Linha] Maputo: N’WETI, 2011 [Consult. 19 de Março 2016]. Disponível em <http://www.nweti.org/.../2012-02-14-00-20-27?...malária-o-que-separa-o-conh...>

NZATUZOLA, J. - Crescimento da População em Angola: “Um olhar sobre a situação e dinâmica populacional da cidade de Luanda”. [Em Linha] Revista de Estudos Demográficos. Lisboa. Nº 49 (2011), p. 53-67. [Consult. 2 de julho 2016]. Disponível em <http://redtess.gep.msess.gov.pt/plinkres.asp?Base=CATESOC&Form=ISBD&SearchTx t=%22DE+Crescimento+da+popula%E7%E3o%22+%2B+%22DE+Crescimento+da+p opula%E7%E3o%24%22&StartRec=0&RecPag=5>

REPÚBLICA DE ANGOLA. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Relatório das atividades desenvolvidas, 2013 [Em Linha] Ministério da saúde. 2014 [Consult. 19 de março 2016]. Disponível em <http://saudeangola.gv.ao/wp-content/uploads/2014/02/MINSA-RELAT%C3%93RIO-ANUAL-2013.pdf>

REY, L. – Parasitologia. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA. 2001.

ROZENDAAL, J. - Vector Control: Methods for Use by Individuals and Communities. Geneva: World Health Organization. 1997.

RUND, S et al - Daily rhythms in antennal protein and olfactory sensitivity in the malária mosquito *Anopheles gambiae* [Em Linha] *Scientific reports* 3 : 2494 (2013) 1-9 [Consult. 23 de julho 2016]. Disponível em <http://www.nature.com/articles/srep02494>

SIQUEIRA-BATISTA, R. et al. – Paludismo por *Plasmodium falciparum*: estudos proteômicos. [Em Linha] *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. 24(4) (2012) 394-400 [Consult. 20 de março 2016]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2012000400017

SUAREZ-MUTIS, M. et al - Efeito de ação educativa participativa no conhecimento de professores do ensino básico sobre Paludismo. [Em Linha] *Revista de Saúde Pública* 45(5): (2011) 931-7 [Consult. 12 de setembro 2015]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000500015

WHO – World Malária Report 2015. [Em Linha] WHO- World Health Organization. 2015a. [Consult. 15 de março 2016]. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200018/1/9789241565158_eng.pdf?ua=1

WHO – Guidelines for the treatment of Paludismo. [Em Linha] Geneva: Global Malária programme. World Health Organization, 2015b. [Consult. 15 de março 2016]. Disponível em <http://www.who.int/malária/publications/atoz/9789241549127/en/>

WHO – Atlas of African Health Statistics 2016. Health situation analysis of the African Region. [Em Linha] WHO Regional Office for Africa, 2016 [Consult. 15 de junho 2016]. Disponível em www.who.int/sites/default/files/publications/5266/Atlas-2016-en.pdf

WHO – Countries: Angola; Statistics: Global Health Observatory data repository: Demographic and socioeconomic statistics. [Em Linha] WHO –World Health Organisation, 2016 [Consult. 15 de junho 2016]. Disponível em <http://apps.who.int/gho/data/node.main.106?lang=en>

WILLIAMS, Jacob; PINTO, J. - Manual de Entomologia da Malária. Para Técnicos de Entomologia e Controlo de Vetores (Nível Básico). [Em Linha] USAID - Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional. 2012 [Consult. 15 de abril 2016]. Disponível em <http://docplayer.com.br/1959019-Manual-de-entomologia-da-malária-para-tecnicos-de-entomologia-e-controlo-de-vetores-nivel-basico.html>

USAID – President’s Malária Initiative - Malária operational Plan Fy 2014 [Em Linha] Angola. Global Fund [Consult. 15 de março 2016]. Disponível em https://www.pmi.gov/docs/default-source/default-document-library/malária-operational-plans/fy14/angola_mop_fy14.pdf?sfvrsn=14

Anexo A – Questionário

Conhecimentos, atitudes e comportamentos face à Malária: Inquérito por questionário a uma amostra da população de Luanda.

Sou Cláudia Esperança Jacinto Vumbi, nascida em Angola, Luanda, aos 30/07/1988, Licenciada em Análises Clínicas e Saúde Pública na Universidade Metodista de Angola, tendo trabalhado na Clínica Grande Muralha da China na área do Laboratório. Estou neste momento a fazer o Mestrado de Saúde Pública em Portugal, em Lisboa, na Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade NOVA de Lisboa.

Peço a sua colaboração e agradeço a sua disponibilidade para responder a este questionário. Não lhe tomo mais do que 15 a 20 minutos do seu precioso tempo. Garanto a total confidencialidade e o sigilo das informações prestadas, que serão unicamente utilizadas para este estudo.

O questionário destina-se a recolha de informações sobre a Malária/Paludismo, para a concretização de um estudo que faz parte da dissertação, o trabalho final, do mestrado em Saúde Pública, acima referido,

A sua participação envolve o preenchimento deste questionário, de forma voluntária. Se decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, têm absoluta liberdade para o fazer.

(A preencher pelo entrevistador:)

Local de realização da Entrevista

- ☐ Hospital Josina Machel
- ☐ Hospital Militar Principal
- ☐ Clínica Sagrada Esperança
- ☐ Centro Médico da Ilha de Luanda

Entrevista nº _____

Entrevistador: _____

Data ____/____/____

Hora: _____ h _____

1. Morreu alguém, em sua casa por Malária ?

- ☐ Não
- ☐ Sim
- ☐ Não sei / não me lembro

2. O senhor/a senhora já alguma vez esteve doente por Malária ?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei/não me lembro

3. Já alguma vez ouviu alguma mensagem/aviso sobre a Malária ?

- ☐ Sim [—> *ir para a pergunta 4*]
- ☐ Não [—> *ir para a pergunta 6*]
- ☐ Não se lembra [—> *ir para a pergunta 6*]

4. Onde viu ou ouviu esses avisos/mensagens? [*Pode dar mais do que uma resposta*]

- ☐ Rádio
- ☐ Televisão
- ☐ Jornal
- ☐ Cartazes publicitários de rua
- ☐ Folhetos / Brochuras
- ☐ Escolas do estado
- ☐ Colégio
- ☐ Universidade
- ☐ Hospitais
- ☐ Centros de Saúde
- ☐ Clinicas Privadas
- ☐ Conversas no táxi
- ☐ Internet
- ☐ Outros sítios. Quais? _____

5. Que mensagens sobre a malária viu ou ouviu?

- ☐ Procurar tratamento
- ☐ Consultar médico em caso de febre
- ☐ Dormir sempre debaixo do mosquiteiro
- ☐ Mulheres grávidas devem tomar medicamentos para prevenir a malária
- ☐ A malária pode causar morte
- ☐ A malária é uma doença que não é preciso ser tratada
- ☐ A malária / paludismo é tratada com medicamentos tradicionais
- ☐ Tem aumentado o número de casos de malária em Angola-Luanda
- ☐ Outra (Qual ?:) _____

6. Quais as pessoas mais suscetíveis de apanhar a Malária aqui em Luanda ? *[Pode dar mais do que uma resposta]*

- ☐ Crianças
- ☐ Mulheres grávidas
- ☐ Adultos
- ☐ Idosos (+ de 60 anos)
- ☐ Expatriados que trabalham em Angola
- ☐ Estrangeiros em trânsito por Luanda e/ou interior de Angola
- ☐ Todos por igual
- ☐ Outros. Quais? _____

7. Quais os sintomas da doença? *[Pode dar mais do que uma resposta]*

- ☐ Febre ligeira e intermitente *[que aparece e desaparece]*
- ☐ Febre muito alta *[40° graus ou mais]*
- ☐ Calafrios *[tremura, arrepios]*
- ☐ Dor de cabeça
- ☐ Dores nas articulações / músculos
- ☐ Dores intensas
- ☐ Fadiga
- ☐ Tosse
- ☐ Gripe
- ☐ Convulsões
- ☐ Diarreias
- ☐ Falta de apetite *[sem vontade de comer]*
- ☐ Mau estar geral
- ☐ Dores abdominais
- ☐ Náuseas e vômitos
- ☐ Outro(s) sintoma(s). Qual (quais)? _____
- ☐ Não sabe

8. No seu entender o que causa a Malária ? *[Pode dar mais do que uma resposta]*

- ☐ Picada de mosquito
- ☐ Picada do mosquito *Anopheles* fêmea infetado
- ☐ Picada de outros insetos
- ☐ Transusão de sangue contaminado
- ☐ Injeção dada com uma agulha utilizada antes numa pessoa infetada
- ☐ Água suja
- ☐ Lixeira
- ☐ Alimentos deteriorados / estragados
- ☐ Bruxaria *(feitiço)*
- ☐ Outra(s) causa(s). Qual(quais)? _____
- ☐ Não sei

9. Há formas de prevenir a Malária ?

- ☐ Sim [—> ir para as pergunta 10]
- ☐ Não [—> ir para a pergunta 11]
- ☐ Não sabe [—> ir para a pergunta 11]

10. Quais as formas de prevenir a Malária que conheces? ? [Pode dar mais do que uma resposta]

- ☐ Usar mosquiteiro
- ☐ Usar espiral contra mosquitos [Sheltox, spray]
- ☐ Não brincar em águas estagnadas/ paradas
- ☐ Lavar bem os alimentos
- ☐ Colocar redes nas portas e janelas
- ☐ Dormir sempre debaixo do mosquiteiro
- ☐ Fazer a fumigação / desinfestação da casa/ ruas
- ☐ Manter portas e janelas fechadas
- ☐ Usar repelente na pele [cremes afugentar mosquito]
- ☐ Usar roupa apropriada, para proteger a pele, depois do pôr do sol
- ☐ Manter o ambiente limpo em casa
- ☐ Manter o ambiente limpo no bairro
- ☐ Manter o ambiente limpo nas ruas
- ☐ Recolha, separação e tratamento do lixo
- ☐ Ligar o ar condicionado à noite
- ☐ Aparar a relva [desinfestar a relva]
- ☐ Outra(s) forma(s). Qual (quais) ? _____
- ☐ Não sabe
- ☐ Não aplicável

11. A Malária é uma doença que pode ser tratada ?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Talvez
- ☐ Não sabe

12. No caso de sentir-se mal (sintomas, doente) quais serão as primeiras medidas a ser tomadas?

- ☐ Ir á um Hospital Estatal
- ☐ Ir á uma Clinica Privada
- ☐ Ir a um centro mais próximo
- ☐ Ir na vizinha “médica” /curandeira do bairro
- ☐ Ir a igreja
- ☐ Automedicar-se /aplicar medicamento em si próprio sem receita médica
- ☐ Beber uísque, cerveja, vinho, capuca
- ☐ Não tomar nada
- ☐ Não sabe

13. No caso de uma pessoa apanhar a Malária... Que medicamentos são administrados para tratar a doença ? *[Pode dar mais do que uma resposta]*

- ☐ SP / Fansidar
- ☐ Arinate
- ☐ Haritmet
- ☐ Cloroquina
- ☐ Quinino
- ☐ Coartem
- ☐ Aspirina, Panadol, ou outro analgésico
- ☐ Paracetamol
- ☐ Ervas medicinais (*cura tudo*)
- ☐ Forever
- ☐ Nenhum
- ☐ Outros. (Quais?) _____
- ☐ Não sabe /não se lembra

14. Durante os últimos doze meses, alguém pulverizou as paredes interiores da sua casa contra os mosquitos ?

- ☐ Não [—> *ir para a pergunta 16*]
- ☐ Sim [—> *ir para a pergunta 15*]
- ☐ Não sabe [—> *ir para a pergunta 15*]

15. Quem pulverizou a sua casa?

- ☐ Funcionário da Saúde Pública (Estado, município)
- ☐ ONG, igrejas, associações, comunidades
- ☐ Administração Municipal
- ☐ Empresa privada
- ☐ Eu próprio
- ☐ A família
- ☐ Os vizinhos
- ☐ Outros. Quais? _____

16. A sua casa tem mosquiteiros? Para todos os elementos da família ou só para alguns?

- ☐ Sim, para alguns. —> *ir para a pergunta 16*]
- ☐ Sim, para todos —> *ir para a pergunta 16*]
- ☐ Não [—> *ir para a pergunta 22*]
- ☐ Não sabe [—> *ir para a pergunta 18*]

17. Quem dorme debaixo do mosquito?

- ☐ As crianças
- ☐ Os adultos
- ☐ Os idosos
- ☐ Todos
- ☐ Ninguém

18. Os mosquiteiros que usa foram oferecidos ou comprados ?

- ☐ Oferecidos [—> se foram oferecidos, ir para a pergunta 19]
- ☐ Comprados [—> se foram comprados, ir para a pergunta 20]

19. Por quem é que foram oferecidos os mosquiteiros ?

- ☐ Hospital
- ☐ Centros de Saúde
- ☐ Administração municipal
- ☐ Farmácia
- ☐ Igreja
- ☐ Empresa
- ☐ Vizinhos
- ☐ Familiares
- ☐ Amigos
- ☐ Outros. Quais? _____

20. Quanto custou, em média, mais ou menos, cada um dos mosquiteiros que usa ?

- ☐ 250 kwanzas ou menos
- ☐ 251 a 500 kwanzas
- ☐ 501 a 750 kwanzas
- ☐ 751 a 1000 kwanzas
- ☐ Mais de 1000 kwanzas
- ☐ Não sabe / não se lembra

21. Os seus mosquiteiros que usa alguma vez foi impregnados (cheios) com inseticida ? Há quanto tempo?

- ☐ Não
- ☐ Sim. Há cerca de _____ meses.
- ☐ Não sabe / não se lembra

22. Porque não existem mosquiteiros para todos (ou nenhum) elementos da família?
[Pode dar mais do que uma resposta]

- ☐ Não há mosquitos na zona em que habito
- ☐ Os mosquiteiros são muito caros
- ☐ Não gosto de usar mosquiteiro

- ☐ As outras pessoas da família não gostam de usar mosquiteiro
- ☐ Tem sido desleixo da minha / nossa parte
- ☐ Prefiro usar o sheltox
- ☐ É desconfortante / sufoca
- ☐ Acham que não dá um sono bom/saudável
- ☐ Não sei onde comprar
- ☐ Outra(s) razão(ões). Qual (quais) ? _____

E agora para terminar o Questionário, vou fazer-lhe algumas perguntas um pouco mais pessoais, se não se importa.

23. Com a guerra que houve em Angola, muitas pessoas tiveram que abandonar os estudos e integrar nas forças armadas, ou abandonar as suas terras... Pode me dizer com muito respeito, se sabe ler ou escrever?

- ☐ Não [—> ir para a pergunta 25]
- ☐ Sim [—> ir para a pergunta 24]

24. (Se respondeu Sim, à pergunta anterior:) Qual é o nível mais alto de escolaridade que frequentou (ensino base, secundário, superior) ?

- ☐ Ensino base: 1 nível (1, 2, 3, 4 —classe)
- ☐ Ensino base: 2 nível (5 e 6 —classe)
- ☐ Ensino base-3 nível (7, 8, 9 —classe)
- ☐ Médio- (10, 11,12 —classe)
- ☐ Superior: bacharelato, licenciatura (1,2,3,4,5,6 —ano)
- ☐ Superior: mestrado- (1, 2—ano)

25. Com quem vive em casa? [Pode dar mais do que uma resposta]

- ☐ Pais
- ☐ Avós
- ☐ Irmãos
- ☐ Marido/esposa
- ☐ Filhos
- ☐ Netos
- ☐ Amigos
- ☐ Vive só
- ☐ Outros parentes
- ☐ Outros. Qual ? _____

26. Quantos anos já completou até hoje?

- ☐ _____ anos completos
- ☐ Não sabe
- ☐ Não quer responder
- ☐ Idade aproximada _____ [a completar pelo entrevistador]

27. Onde mora habitualmente?

- ☐ Ilha de Luanda
- ☐ Talatona
- ☐ Marginal
- ☐ Maianga
- ☐ Sambizanga
- ☐ Sagrada Família
- ☐ Ingombotas
- ☐ Viana
- ☐ Prenda
- ☐ Cazenga
- ☐ Mutamba
- ☐ Ex-combatentes
- ☐ Fora de Luanda
- ☐ Outras zonas de Luanda. Quais ? _____

28. Sexo?

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino

29. O/a senhor/a trabalha ? Trabalhou ou teve alguma ocupação remunerada nestas duas últimas semanas ?

- ☐ Sim
- ☐ Não

30. (Se respondeu Não à pergunta anterior:) O/a senhor não teve nenhuma ocupação remunerada nestas duas últimas semanas porque:

- ☐ Está desempregado
- ☐ É doméstica / dona de casa
- ☐ Está aposentado / reformado
- ☐ Está a estudar
- ☐ Está a cumprir o serviço militar
- ☐ É doente crónico, não pode trabalhar
- ☐ Teve um acidente de trabalho
- ☐ Patrão deixou de pagar / Está com atraso de pagamento

☐ Outra situação: Qual ? _____

FIM DO QUESTIONÁRIO. Obrigado pela sua participação, pela saúde pública de Angola!

Observações: *[Pede-se ao entrevistador para registar qualquer informação que pareça importante]*

